



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CÍNTIA RAQUEL BIM QUARTIERO

**FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
REFLEXÕES SOBRE UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO
NO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

CÍNTIA RAQUEL BIM QUARTIERO

**FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
REFLEXÕES SOBRE UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO
NO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán González.

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

C575 Bim, Cíntia Raquel.
Fisioterapia na atenção básica: reflexões sobre um processo em construção no município de Londrina-PR / Cíntia Raquel Bim. - Londrina, 2019.
214 f. : il.

Orientador: Alberto Durán González.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.
Inclui bibliografia.

1. fisioterapia - Tese. 2. atenção básica - Tese. 3. prática profissional - Tese. 4. promoção da saúde - Tese. I. González, Alberto Durán . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

CÍNTIA RAQUEL BIM QUARTIERO

**FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
REFLEXÕES SOBRE UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO NO
MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán González
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Brígida Gimenez de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Celita Salmaso Trelha
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Pesquisadora Dra. Rossana Staevie Baduy
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Londrina, 14 de outubro de 2019.

*Dedico este trabalho
aos meus avós, que quase sem estudos graduaram meus pais,
aos meus pais, que graduados, doutoraram seus filhos, e
aos meus filhos, Felipe e Henrique, que também possam vivenciar
os caminhos da educação.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora Aparecida, que por meio da fé estão sempre ao meu lado me abençoando nos caminhos da vida, e que nunca me faltaram nos milhares de quilômetros percorridos para concretização do sonho de ser doutora.

Aos meus pais, Napolião e Aparecida, que sempre me apoiaram nas minhas escolhas, e que me deram apoio incondicional para cursar o doutorado assumindo os cuidados com meus pequenos nas minhas ausências.

Ao meu esposo Anderson, por respeitar a minha busca por conhecimento e ter compreendido que as ausências seriam necessárias para sua realização.

Aos meus filhos, Felipe e Henrique, razão do meu viver, e para quem me dedico de corpo e alma. Vocês são a realização do meu maior sonho da vida, o de ser mãe.

À família Pivatto Bim: pai, mãe, irmã Sílvia, cunhado Paulo, sobrinho Pedro, irmão Ricardo, cunhada Amanda, sobrinha Rafaela, sobrinho Leonardo, eu, Anderson, Felipe e Henrique - autêntica família italiana.

À minha amiga irmã Aline Cristina Carrasco, a qual tenho dividido muitos momentos ao longo da minha existência.

À UNICENTRO e à UEL, instituições de ensino superior públicas do estado do Paraná. A primeira a qual desempenho minha carreira docente e que me autorizou o afastamento para qualificação, e a segunda por me acolher como acadêmica e me proporcionar muito aprendizado.

Ao meu orientador Beto, pessoa admirável por seu conhecimento e visão de mundo, que inspira os que estão ao seu redor. Obrigada por toda a paciência e compreensão por minhas limitações.

Às mulheres inspiradoras da banca examinadora, Celita Salmaso Trelha, Brígida Gimenez de Carvalho, Rossana Staevie Baduy e Katia Suley Silva Queiroz Ribeiro, que foram carinhosamente escolhidas.

Tenho muita admiração pelo trabalho de vocês.

À Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, que autorizou a realização da pesquisa. Desejo que os resultados apresentados possam contribuir para o processo de construção do serviço de fisioterapia no município, e que muitas experiências aqui relatadas possam se espalhar por outras regiões do estado quicá do país.

Aos participantes da pesquisa, por me acolherem e permitir encontrar respostas aos meus questionamentos, que culminaram na construção dessa tese.

Aos encontros que o doutoramento me proporcionou. Professores excepcionais, amizades construídas, profissionais exemplares, vivências que trouxeram aprendizado profissional e também pessoal, me fazendo refletir sobre pré conceitos que trazia comigo em minha historicidade.

À Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO, que me permite aprimorar o ser docente, em cujos fóruns pude conhecer muitos dos autores fisioterapeutas referenciados nessa tese, fisioterapeutas esses espalhados por todo o país contribuindo para a construção epistemológica da fisioterapia.

Aos fisioterapeutas que assim como eu, buscam ressignificar a fisioterapia na atenção básica.

A todos envolvidos na construção e consolidação do SUS, para que cada vez mais seja reconhecido como direito dos brasileiros, que receba o apoio necessário de gestores, e que cada vez mais possa abrigar profissionais comprometidos com o cuidado da saúde das pessoas.

Enfim, a todos que estiveram próximos, e compartilharam momentos durante a realização desse sonho.

“Talvez não tenha conseguido fazer o meu melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”

Martim Luther King Júnior

QUARTIERO, Cíntia Raquel Bim. **Fisioterapia na atenção básica: reflexões sobre um processo em construção no município de Londrina-PR**. Londrina, Paraná. 2019. 214 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

RESUMO

Introdução: A fisioterapia, marcada pelo seu histórico como profissão reabilitadora pautada no modelo biomédico, nos últimos anos vem aprimorando sua práxis profissional no contexto da atenção básica com ênfase no modelo biopsicossocial de produção do cuidado, a partir da inserção do fisioterapeuta no SUS, com a implantação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). **Inquietação:** Compreender as ações de fisioterapeutas na atenção básica no contexto da gestão, processo de trabalho e práticas profissionais. **Métodos:** Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, a entrevista semiestruturada e o diário de campo foram utilizados como instrumentos de pesquisa, e os dados foram interpretados por meio da análise do discurso. Foram realizadas entrevistas nos meses de setembro e outubro de 2017, com dezenove fisioterapeutas atuantes em Unidades Básicas de Saúde e três profissionais da gestão da atenção básica no município de Londrina-PR. **Resultados e Discussão:** Os resultados foram sistematizados em três categorias: gestão e processo de trabalho, ações fisioterapêuticas e promoção da saúde. Dentre as características para o processo de trabalho observou-se que a organização do serviço no município, o número de profissionais, as relações interprofissionais, estrutura física e recursos financeiros, perfil da população assistida são fatores que interferem na prática profissional. As influências para as ações fisioterapêuticas na atenção básica envolvem o perfil profissional, o uso de tecnologias relacionais, carga horária, tipo de unidade em que atua (urbana ou rural). Ainda é um desafio para fisioterapeuta realizar o monitoramento e avaliação de suas ações. As ações para a promoção da saúde ainda são incipientes, mas muitos profissionais já reconhecem essa prática como meio de produzir a integralidade do cuidado. A demanda por atendimentos individuais é uma grande dificuldade para o fisioterapeuta concretizar na prática as diretrizes do NASF-AB, e superar essa realidade depende da sensibilização da gestão, dos profissionais e dos usuários. **Considerações Finais:** Avanços e desafios compõem o processo de construção do serviço de fisioterapia no município de Londrina, pioneiro na inserção desse profissional na atenção básica em âmbito nacional. Foi possível compreender, a partir das falas dos fisioterapeutas do serviço e alguns gestores, e análise da pesquisadora, as ações desenvolvidas pela fisioterapia na atenção básica, processo dinâmico e complexo, que sofre influência de diversos atores e de políticas públicas de saúde. A fisioterapia precisa se consolidar na atenção básica, e a experiência do município de Londrina reforça que para isso fisioterapeutas têm que incorporar o conceito ampliado de saúde, empregando em sua prática os princípios do SUS, diretrizes e ferramentas do NASF-AB, e as tecnologias relacionais visando a integralidade na produção do cuidado em sua identidade profissional, considerando a funcionalidade humana e seus determinantes como objeto de trabalho.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção básica. Processo de trabalho. Prática profissional. Promoção da saúde.

QUARTIERO, Cíntia Raquel Bim. **Physiotherapy in primary care: reflections on a process under construction in the city of Londrina-PR.** Londrina, Paraná. 2019. 214 f. Thesis (Doctorate in Collective Health) – State University of Londrina, Londrina, 2019.

ABSTRACT

Introduction: Physical therapy, marked by its history as a rehabilitation profession based on the biomedical model, in recent years has been improving its professional praxis in the context of primary care with emphasis on the biopsychosocial model of care production, based on the insertion of the physiotherapist in SUS, with the implementation of the Extended Family Health and Primary Care Center (NASF-AB). **Concern:** Understand the actions of physiotherapists in primary care in the context of management, work process and professional practices. **Methods:** A qualitative research was developed, the semi-structured interview and the field diary were used as research instruments, and the data were interpreted through discourse analysis. Interviews were conducted in September and October 2017, with nineteen physiotherapists working in Basic Health Units and three primary care management professionals in the city of Londrina-PR. **Results and Discussion:** The results were systematized into three categories: management and work process, physical therapy actions and health promotion. Among the characteristics for the work process, it was observed that the organization of the service in the municipality, the number of professionals, the inter-professional relationships, physical structure and financial resources, profile of the assisted population are factors that interfere in professional practice. The influences on physical therapy actions in primary care involve the professional profile, the use of relational technologies, workload, type of unit in which it operates (urban or rural). It is still a challenge for physiotherapists to monitor and evaluate their actions. Actions for health promotion are still incipient, but many professionals already recognize this practice as a means of producing comprehensive care. The demand for individual care is a great difficulty for the physiotherapist to implement the NASF-AB guidelines in practice, and overcoming this reality depends on the awareness of management, professionals and users. **Final Considerations:** Advances and challenges make up the process of construction of the physiotherapy service in the city of Londrina, pioneer in the insertion of this professional in primary care nationwide. It was possible to understand, from the speeches of the physiotherapists of the service and some managers, and the researcher's analysis, the actions developed by physiotherapy in primary care, a dynamic and complex process, which is influenced by various actors and public health policies. Physical therapy needs to be consolidated in primary care, and the experience of the municipality of Londrina reinforces that for these physiotherapists have to incorporate the broad concept of health, using in its practice the principles of SUS, guidelines and tools of NASF-AB, and relational technologies in order to comprehensively produce care in their professional identity, considering human functionality and its determinants as object of work.

Keywords: Physiotherapy. Primary care. Work process. Professional practice. Health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Habilidades específicas para atuação fisioterapêutica na atenção básica	50
Quadro 2 – Organização da proposta de atuação da fisioterapia na APS em dimensões, subdimensões e divisões	51
Quadro 3 – Ações de Promoção da saúde: determinantes, ameaças à saúde e ações de Promoção da Saúde	66
Figura 1 – Mapa conceitual dos aspectos envolvidos na atuação do fisioterapeuta na atenção básica no município de Londrina-PR	97
Quadro 4 - Protocolo de condutas para Lombalgia/cervicalgia proposto pela gestão - Autarquia Municipal de Saúde de Londrina. 2011	113
Quadro 5 – Conquistas, desafios e expectativas da fisioterapia na atenção básica no município de Londrina-PR, 2019.....	181

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos fisioterapeutas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS no município de Londrina - PR, 2017	90
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMS	Autarquia Municipal de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CID-10	Código Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNE	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONAFISC	Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
CREFITO-8	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DAPS	Departamento de Atenção Básica à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DITGD	Déficit Intelectual e Transtorno Global do Desenvolvimento
DRAS	Diretoria de Regulação e Assistência à Saúde 1
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-oeste
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Pronto Atendimento Infantil
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSF	Política Nacional de Saúde Funcional
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SID	Serviço de Internação Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-oeste

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	18
1.	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	21
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	Sistema Único de Saúde – marcos teóricos e políticas públicas de saúde	25
	<i>Contextualização do surgimento do SUS até o momento com ênfase na Atenção Básica</i>	25
	<i>Desafios para a sustentabilidade do SUS</i>	30
2.2	Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica	33
	<i>Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica como nível de atenção à saúde</i>	33
	<i>Caminhos da Fisioterapia na Atenção Básica</i>	40
	<i>Experiências internacionais</i>	51
2.3	Promoção da saúde e sua interface com a Fisioterapia	55
	<i>Aspectos históricos e conceituais</i>	55
	<i>Fisioterapia no âmbito da promoção da saúde</i>	64
2.4	Processo de trabalho em saúde e as ferramentas para o fisioterapeuta	69
	<i>Processo de trabalho em saúde</i>	69
	<i>Ferramentas tecnológicas</i>	78
3.	INQUIETAÇÕES	85
3.1	Inquietação principal.....	85
3.2	Inquietações específicas	85
4.	PERCURSO DO MÉTODO	86
4.1	Cenário da pesquisa: o município de Londrina-PR	86
4.2	Delineamento do estudo.....	91
4.2.1	Participantes e instrumentos	91

4.2.2	Construção e análise dos resultados.....	93
4.3	Aspectos éticos	94
5.	CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO	96
5.1	Mapa conceitual.....	96
5.2	Caracterização dos entrevistados	98
5.3	Gestão e organização do serviço de fisioterapia no município	105
5.3.1	Histórico da estruturação do serviço	105
5.3.3	Políticas públicas de saúde	120
5.3.2	Gestão.....	108
5.3.2.1	Diretoria de Regulação de Assistência à Saúde – DRAS.....	110
5.3.2.2	Diretoria de Atenção Primária à Saúde – DAPS	117
5.3.3.1	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB)	123
5.4	Processo de trabalho	129
5.4.1	Fatores que influenciam o processo de trabalho.....	129
5.5	Ações fisioterapêuticas	145
5.5.1	Atendimento individual	146
5.5.2	Grupos.....	150
5.5.3	Visitas domiciliares	154
5.5.4	Outras práticas profissionais	155
5.5.5	Fatores que influenciam as ações fisioterapêuticas	159
5.6	Promoção de saúde	169
5.6.1	Conceito e ações de promoção da saúde	169
5.6.2	Fatores que influenciam as ações de promoção da saúde	175
5.7	Expectativas e considerações.....	179
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
	REFERÊNCIAS.....	188
	APÊNDICES	205
	APÊNDICE I – Questionário de identificação	205
	APÊNDICE II – Roteiro de entrevista para fisioterapeutas	206

APÊNDICE III – Roteiro de entrevista para gestão.....	207
APÊNDICE IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	208
ANEXOS	210
ANEXO I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	210
ANEXO II – Autorização da Autarquia Municipal de Saúde	214

APRESENTAÇÃO

Fisioterapeuta por formação (graduação concluída em 2001), iniciei minha carreira docente em 2002 após ser aprovada em um concurso público para docente no ensino superior na Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, em Guarapuava-PR. Seis meses de formada, iniciando especialização em Fisioterapia em Neurologia, pouca experiência profissional e nenhuma experiência em docência... acho que era para ser.

O primeiro projeto de extensão que desenvolvi era intitulado “Fisioterapia na comunidade”, com ênfase em atendimento domiciliar e educação em saúde. Eu me aproximava da Saúde Coletiva talvez sem perceber, pelos déficits em minha formação e falta de aprofundamento teórico sobre a temática, mas as necessidades da população e a percepção de que os acadêmicos sob minha responsabilidade precisavam ter essa vivência.

Olhando para minha trajetória docente, observo que estive muito ligada à Neurologia até 2009, e a partir de 2010 iniciei uma aproximação mais substancial com a saúde coletiva em termos de disciplinas ministradas.

Em 2010 fui responsável pela disciplina de Saúde Coletiva e Epidemiologia, e em 2012 e 2014 ministrei a disciplina de Saúde Coletiva em Fisioterapia, me aproximando cada vez mais e despertando interesse por esta nova área. Em 2014 ajudei a implantar a Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU na UNICENTRO, junto com um grupo de docentes empenhados em implantar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na universidade.

Em 2015 fiquei afastada das atividades docentes, em decorrência de uma licença maternidade e duas licenças especiais. Após esta pausa na carreira profissional para me dedicar à família, nos cuidados com meus filhos Felipe (três anos) e Henrique (recém-chegado), retomei os estudos para me preparar para o ingresso no doutorado. Após 14 anos de formada e exercendo a função de docente, senti a necessidade e vontade de aprimorar meus conhecimentos em nível de doutorado.

A escolha pela Saúde Coletiva foi acertada por dois motivos. Primeiro: existe um movimento dentro da Fisioterapia de aproximação com a Saúde Coletiva, em particular com a Atenção Básica, que vem tomando força com o passar dos anos. Considerando a transição demográfica e epidemiológica em que o país vive, com

aumento das doenças crônicas não transmissíveis, os profissionais fisioterapeutas precisam se adequar a esta nova realidade. Esse novo quadro epidemiológico, em conjunto com mudanças econômicas, políticas e até mesmo ideológicas, têm motivado a reestruturação dos modelos de atenção à saúde, e, portanto, exige uma ampliação das responsabilidades e práticas profissionais do fisioterapeuta. Tal readequação da fisioterapia é um desafio, pois é necessário articular os saberes e práticas específicos da profissão com os propósitos da Saúde Coletiva, considerando o conceito ampliado de saúde e seus determinantes. O segundo motivo é poder contribuir no curso de graduação a que estou vinculada para as adequações indispensáveis para a formação de profissionais aptos às novas demandas do fisioterapeuta.

Desde o processo de seleção do doutorado, em 2015, mantive os questionamentos iniciais, e o projeto foi sendo lapidado, principalmente pela contribuição de docentes e colegas nos encontros de Seminários Avançados, disciplina obrigatória do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, que foram muito produtivos.

O objetivo principal do projeto de pesquisa proposto era conhecer as ações que fisioterapeutas realizam nas unidades básicas de saúde, com ênfase nas atividades profissionais. Com o aprimoramento dos estudos, incorporamos a temática gestão e processo de trabalho, que se mostraram necessárias para a compreensão do processo de construção do serviço de fisioterapia na atenção básica no município escolhido para o estudo. Londrina-PR é cidade pioneira do Paraná e do Brasil a ter o fisioterapeuta na atenção básica, e entendemos que teria muitas contribuições para as inquietações da pesquisa. Mais uma vez uma escolha acertada.

Durante o processo de doutorado iniciado em 2016, me tornei membro da seção estadual da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO. Participo dos fóruns desde 2015, estive envolvida no processo de reformulação das novas diretrizes curriculares para o curso de fisioterapia e tive a oportunidade de conhecer muitos fisioterapeutas autores das referências utilizadas na elaboração desta tese.

No momento em que analisava os dados, em 2018, participei do VI Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva (CONAFISC) em Vitória-ES e do Fórum Municipal de Fisioterapia de Londrina, que foram eventos muito enriquecedores. As discussões reforçaram o quanto a minha tese estava de acordo, naquele momento,

com as necessidades de fortalecimento e consolidação das ações da fisioterapia na atenção básica.

Na fase de finalização da tese, pude vivenciar a 13ª Conferência Municipal de Saúde de Guarapuava, e muito entusiasmada me tornei conselheira municipal de saúde, representando a UNICENTRO como prestadora de serviço.

Chegando ao final desse processo, vislumbro uma **fisioterapeuta sanitária**, com novos olhares para a fisioterapia e a saúde coletiva, ansiosa por colocar na prática docente ao menos parte dos conhecimentos que adquiri durante esse processo formativo, e poder contribuir para a formação de fisioterapeutas aptos às novas demandas profissionais.

Apresento nas páginas a seguir um trabalho que buscou compreender as ações de fisioterapeutas na atenção básica no contexto da gestão, processo de trabalho e práticas profissionais no município de Londrina-PR. A pergunta norteadora era “como são as ações do fisioterapeuta na atenção básica, e quais as influências da gestão no processo de trabalho e para as ações de promoção em saúde?”.

No capítulo dois são apresentados elementos importantes para a compreensão do trabalho do fisioterapeuta na atenção básica, onde foi realizado levantamento literário sobre os temas gestão e processo do trabalho, atenção básica e promoção da saúde. Em seguida, são apresentadas as inquietações que nortearam a pesquisa. No capítulo quatro descreve-se como se deu o percurso metodológico da tese, envolvendo cenário da pesquisa e delineamento do estudo – participantes, instrumentos, construção e análise dos resultados, e aspectos éticos.

Resultados e discussão são apresentados no capítulo cinco, nas três categorias que emergiram da análise do discurso das entrevistas. Gestão e processo de trabalho, ações fisioterapêuticas e promoção da saúde se mostraram grandes temas envolvidos no processo de atuação do fisioterapeuta na atenção básica. O trabalho é finalizado com as considerações finais, que auxiliaram nas respostas que se buscava com os questionamentos iniciais.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Pesquisas no campo da atenção básica (AB) são relevantes para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que favorecem a renovação da força de trabalho e criação de novas tecnologias, e soluções aplicadas nesse nível de atenção (ANDRADE *et al.*, 2015).

O perfil epidemiológico atual e as demandas de saúde da população impõem aos fisioterapeutas a necessidade de superar os limites da reabilitação, ampliando suas ações para outros níveis de atenção e realizando outras formas de intervenção, com destaques para a atuação na AB (FREITAS, 2006; BISPO JÚNIOR, 2013, SOUZA *et al.*, 2013). A predominância e multicausalidade das condições crônicas de saúde e suas repercussões na capacidade funcional dos indivíduos e da sociedade, reforçam a importância da inserção e do trabalho do fisioterapeuta nas políticas de AB (LOPES; GUEDES, 2019).

O Programa Saúde da Família (PSF) implantado em 1994, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tem sido apresentado pelo Ministério da Saúde (MS) como reorientador do modelo de atenção em saúde, onde as políticas públicas de saúde também exigem adequações das práticas profissionais (SOARES e BEZERRA, 2014). O Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) implantado em 2008 pela Portaria nº 154 de 2008, e reformulado em 2017 com a nova denominação de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017), surgiu como uma ferramenta que possibilita ressignificações nas práticas dos profissionais que participam dessa política (BRASIL, 2008), em particular o fisioterapeuta. A nova denominação surgiu no decorrer da elaboração dessa tese, por isso optamos por manter a sigla NASF no presente trabalho*.

Atuar na AB ou em âmbito coletivo não é simplesmente transpor as técnicas para o ambiente comunitário. É preciso articular os saberes e *expertise* específicos da profissão com os preceitos e propósitos do conceito ampliado de saúde, da Promoção da Saúde e da Saúde Coletiva (BISPO JÚNIOR, 2013). Essas novas formas e cenários de atuação exigem reflexões e saberes para uma melhor abordagem da população assistida (NEVES; ACIOLE, 2011).

*Nota: O termo NASF-AB foi usado no título do capítulo sobre o assunto e na referência do documento da SESA-PR publicado em 2018.

O caminho percorrido pela fisioterapia na busca de sua inserção na AB é um processo em construção (BISPO JÚNIOR, 2010; FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018; LOURES; SILVA, 2010; MAIA *et al.*, 2015; NEVES; ACIOLE, 2011; RODRIGUEZ, 2010; SOUZA *et al.*, 2015; TRELHA *et al.*, 2007). Por ser um processo, a definição do objeto, habilidades, atribuições e instrumentos de trabalho individual e coletivo da equipe passam por uma conformação contínua (NEVES; ACIOLE, 2011). A atuação do profissional fisioterapeuta na AB é importante para a saúde da população e sua inclusão e consolidação já deveria ter acontecido, pois este profissional não atua somente quando a deficiência ou incapacidade já está instalada, mas também na área preventiva, podendo atenuar diversas patologias, diminuindo, assim, o tempo de tratamento e consecutivamente, os gastos em saúde (MAIA *et al.*, 2015).

Várias possibilidades de atuação e estratégias de reorientação do fazer fisioterapêutico vêm sendo construídas (BISPO JÚNIOR, 2013; LOPES, 2019; PORTES *et al.*, 2011; RIBEIRO; FLORES-SOARES, 2015). O atual desafio para a profissão é o desenvolvimento de sólido fundamento epistemológico e científico das contribuições e benefícios que o saber específico da fisioterapia pode trazer para a AB e para a saúde da população, e formação de *corpus* teórico e epistemológico sobre as colaborações do saber específico da profissão para as políticas de saúde (BISPO JÚNIOR, 2013). Outro desafio atual é sensibilizar os gestores em saúde sobre a urgência de incluir esse profissional na equipe de saúde da AB, por meio da identificação das necessidades de atendimento fisioterapêutico na comunidade (RIBEIRO; FLORES-SOARES, 2015).

Esse desafio se inicia na própria mudança da formação desses profissionais, pois para inserir-se no contexto da AB a competência do fisioterapeuta precisa ir além da boa técnica. Vislumbra-se um profissional cada vez mais capacitado a atuar com senso de responsabilidade, reconhecendo-se como agente de transformação social na defesa da saúde integral, comprometido com a cidadania e consciente da natureza dos problemas de saúde em suas relações com o contexto (RODRIGUEZ, 2010).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) publicadas em 2002 estão passando por revisão, por meio de uma parceria do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO e da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), processo iniciado em 2015 e ainda não finalizado. As DCN trazem grandes desafios para os atores sociais envolvidos na formação, incluindo

universidades, professores, responsáveis pela formulação de políticas e os próprios estudantes (FERREIRA; REZENDE, 2016).

Ferreira e Rezende (2016) realizaram revisão da literatura a respeito da formação do fisioterapeuta e sua relação com o SUS, e perceberam que as publicações sobre o tema começaram em 2005 e desde então vêm aumentando, mostrando a preocupação com a formação adequada desse profissional para o contexto do SUS. Os autores afirmam que, apesar dos esforços envidados pelas DCN e pelos conselhos e associações ligados às profissões da saúde, parece ser necessária uma nova orientação para mudanças na formação de profissionais adequados à realidade da atenção integral, como indicação de políticas claras pelo SUS.

É necessário ir além das declarações de intenções e da existência formal de propostas, com a possibilidade de oferecer interferência real nos processos de formação profissional (SILVA; DA ROS, 2007). A reestruturação da formação exige inclusão de outros referenciais teóricos, além da biomedicina e biomecânica, para as ciências sociais e humanas, na perspectiva de que a fisioterapia possa construir um desenvolvimento próprio e ampliar a resolutividade na AB (MIRANDA, 2019).

Ferreira e Rezende (2016) identificaram a falta de teses de doutorado sobre a relação entre a formação em Fisioterapia e o sistema de saúde no período selecionado para a pesquisa. Esse fato corrobora a constatação de alguns autores de que existe uma predominância de áreas biológicas na formação de pesquisadores de fisioterapia (COURY; VILELLA, 2009). Isso estimula a reflexão sobre a falta de pesquisa na área de fisioterapia de saúde coletiva, o que se torna relevante, com muitos aspectos a serem discutidos e com grande necessidade de participação interdisciplinar.

Portes *et al.* (2011) afirmam que a atuação da fisioterapia na AB é importante, complexa e subjetiva, e que ainda são necessárias mais publicações sobre os resultados da prática fisioterapêutica nesse nível de atenção.

Encontra-se hoje, após onze anos da criação do NASF, um número significativo de publicações a respeito da fisioterapia no contexto da AB. Contudo, chama a atenção a qualidade dessas publicações e entende-se que a falta de excelência nas mesmas dificulta a disseminação do conhecimento científico nesta área, comprometendo o fortalecimento das ações do fisioterapeuta na AB. Muitos artigos tratam de estudos do tipo descritivo, qualitativo e observacional, o que dificulta o entendimento da atuação do fisioterapeuta no NASF (NASCIMENTO; INÁCIO, 2015).

De acordo com Lopes (2019), existem dois desafios a serem superados para concretizar o avanço da atuação do fisioterapeuta na AB: transformar o discurso do fisioterapeuta por meio de melhor capacitação dos profissionais que já estão no mercado e adequar a graduação para que o perfil generalista, que realmente englobe a atuação nos três níveis de assistência; e talvez o mais difícil, tornar o sistema de saúde um espaço de atuação concreto do trabalho do fisioterapeuta no paradigma da AB. Segundo o mesmo autor, apesar de ser profissional generalista, o fisioterapeuta não se concentra no nível de atenção mais complexo e de menor densidade tecnológica que é a AB, com maior número de estabelecimentos.

O município de Londrina foi pioneiro na estruturação da AB no Brasil. Os primeiros fisioterapeutas vinculados a gestão municipal começaram a atuar em 1997, e a inserção do fisioterapeuta no PSF ocorreu em 2002 (GALLO, 2005; TRELHA *et al.*, 2007). Em 2005 foi publicada uma dissertação sobre 'A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária', cujo objetivo era analisar a inserção e a prática do fisioterapeuta no PSF, abordando também as adequações da formação universitária a essa atuação (GALLO, 2005). Depois surgiram outros trabalhos que estudaram temas relacionados ao NASF, com a participação de fisioterapeutas, mas o processo de trabalho e as ações específicas da fisioterapia na AB no contexto do NASF era tema com questionamentos em aberto.

Acreditamos que responder a esses questionamentos seja relevante para o registro, conhecimento e aprimoramento do serviço de fisioterapia em Londrina, e buscamos respostas com um olhar a partir dos relatos dos fisioterapeutas e de gestores, que posteriormente foram analisados e interpretados pela pesquisadora. Reconhecemos que o tema não se esgota nesta tese, mas preenche algumas lacunas na literatura atual, e podem embasar pesquisas futuras, para que a fisioterapia se consolide na AB, na perspectiva da integralidade e resolutividade do cuidado, considerando a funcionalidade humana e seus determinantes como objeto de trabalho.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sistema Único de Saúde – marcos teóricos e políticas públicas de saúde

O objetivo deste tópico é fazer um breve histórico da criação e desenvolvimento do SUS, até o contexto da inserção do fisioterapeuta na saúde pública brasileira, a partir da criação do NASF, finalizando com a conjuntura política e econômica do momento de elaboração desta tese.

Contextualização do surgimento do SUS até o momento com ênfase na Atenção Básica

Na transição da ditadura militar e início da democracia no Brasil, nos anos 80, teve início o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em defesa da democratização da saúde (PAIM, 2013). O resultado desse movimento foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), institucionalizando a saúde como direito dos brasileiros, e o surgimento do SUS por meio da regulamentação da Lei nº. 8080 de 1990 (BRASIL, 1990a), complementada pela Lei nº. 8142 de 1990 (BRASIL, 1990b), que especificaram os princípios e diretrizes contidos na Constituição e detalharam a organização e o funcionamento do sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2015).

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência, criando novas relações entre as diferentes esferas do governo e novas responsabilidades aos gestores (CARVALHO *et al.*, 2017a). Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do SUS, universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013). A Constituição foi o marco para a saúde pública brasileira, e nos artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988), que constituem a Sessão II da saúde, consta a base de todo o conjunto de leis e normas que estabelecem o fundamento jurídico da política e do processo de organização do sistema de saúde no país (SÁ, 2019).

Essa construção do SUS rompeu com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até então, e determinou a incorporação da saúde como direito (MENICUCCI, 2014). A Reforma Sanitária Brasileira teve papel crucial na oferta

de serviços de saúde de qualidade e que devem ter a primazia da gestão do SUS. Esses serviços revelam-se complexos, pois articulam-se com o contexto sociopolítico, delineando a realidade brasileira e conformando um conjunto de desafios para que possa se concretizar como o SUS gestados em seus princípios filosóficos e operacionais (PAIM, 2013). O SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais, pois é um sistema complexo, que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2015). Esse sistema de saúde compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde e congrega o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nas esferas municipal, estadual e federal, complementado por serviços privados contratados ou conveniados (SÁ, 2019).

O SUS está presente nos cinco mil e tantos municípios brasileiros, concretizando a ideia do atendimento integral em todos os níveis de complexidade da atenção (ANDRADE *et al.*, 2015; MENICUCCI, 2014). Entretanto, esse sistema inclusivo não logrou incorporar toda a população, e parte significativa dos cidadãos já estava em 1988 fora desse sistema, e continua ainda hoje, abrigada em planos de saúde privados. A relação de público e privado e o não enfrentamento dessa dualidade na assistência à saúde no Brasil representam dificuldades do SUS enquanto sistema universal e igualitário (MENICUCCI, 2014).

O SUS é regido por princípios e diretrizes que norteiam a sua filosofia e organização, respectivamente, e são estabelecidas na Lei Orgânica de Saúde - Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a). Os princípios doutrinários são relacionados à ideologia do sistema – a universalidade, a equidade e a integralidade; as diretrizes, que norteiam o modelo de gestão, são a regionalização, a hierarquização e o controle social, incluindo a resolutividade e a complementaridade do setor privado (SÁ, 2019).

A integralidade é um dos princípios que foi considerado nas análises dessa tese. Esse princípio engloba as ações em saúde integrais voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação; abordagem dos indivíduos considerando os aspectos biopsicossociais; ações em saúde nos três níveis de complexidade da assistência: AB, de média e alta complexidade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). A integralidade aponta para a superação da dicotomia serviços preventivos *versus* curativos, e para a atuação em outras áreas

além da assistência individual: a área da prevenção de doenças e da promoção da saúde, extrapolando o setor saúde (CARVALHO *et al.*, 2017a).

A equidade é interpretada como maior oferta de serviços a pessoas e populações que mais necessitam, ou seja, o acesso às ações e aos serviços de saúde, que remete à igualdade, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais com maior risco de adoecer e morrer em decorrência das desigualdades sociais (VASCONCELOS; PASCHE, 2015).

A universalidade significa o acesso de todos às ações e serviços ofertados pelo sistema, assegurando o direito à saúde a todos os cidadãos (CARVALHO *et al.*, 2017a; VASCONCELOS; PASCHE, 2015). A partir da universalidade, o indivíduo passa a ter direito pleno aos cuidados em saúde, independente da complexidade, custos ou natureza do serviço envolvido (SÁ, 2019).

As diretrizes organizativas visam racionalidade e efetividade ao seu funcionamento, sendo as mais relevantes a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços, e a participação comunitária (VASCONCELOS; PASCHE, 2015). A descentralização objetiva distribuição das responsabilidades de gestão quanto às ações e serviços de saúde entre as esferas federal, estadual e municipal, sob comando único do MS. A regionalização visa distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais. Por fim, a hierarquização é o princípio que se baseia a organização dos serviços de saúde, segundo o grau de complexidade da assistência, em consonância com as necessidades epidemiológicas da população (SÁ, 2019; VASCONCELOS; PASCHE, 2015). Na AB estão os serviços de baixa tecnologia e alta complexidade de cuidado, e é por onde o usuário deve acessar o sistema, e deve estar distribuída o mais amplamente possível nos territórios. Os níveis mais especializados, média e alta complexidade, exigem maior densidade tecnológica e podem existir em menor número e ser distribuídos de maneira racional nas regiões. Desse modo, a regionalização e a hierarquização implicam que os serviços dos diferentes níveis de complexidade de uma região devem estar integrados em Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SÁ, 2019).

Para viabilizar a gestão nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) 1991, 1992, 1993, 1996, com base nos acordos estabelecidos na negociação tripartite, entre os gestores municipais, estaduais e federal (VASCONCELOS; PASCHE, 2015). O

objetivo era regulamentar o financiamento desta grande reforma nas três esferas de governo. Contudo, os recursos para a reforma, que já não eram tantos, não foram significativamente ampliados para implementar reforma dessa envergadura (MENICUCCI, 2014). A NOB 1996 instituiu duas modalidades de gestão para os municípios – gestão plena do sistema e gestão plena da atenção básica, e posteriormente, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002 apostou na qualificação da AB e na implementação da regionalização com estímulos à organização de sistemas funcionais de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2015).

Destaca-se nesse período o pioneirismo do município de Londrina na organização de serviços públicos de saúde. Em 1974 Londrina tinha três postos de saúde, onde a área de atuação de cada posto era delimitada e o atendimento era prestado a todos os moradores da área (ALMEIDA, 2013). Nesse período, o estado do Paraná destacou-se na contribuição para a construção do SUS, onde a partir da década de 80 houve forte expansão da municipalização no Estado, e Londrina já vivenciava a descentralização dos serviços de AB (CARVALHO *et al.*, 2017a).

Após a regulamentação do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) começa a ser estruturada sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo MS, por meio de normatizações e transferência intergovernamental de recursos (ANDRADE *et al.*, 2017). Esse tema será abordado mais adiante.

O Decreto Lei nº 7508 de 2011 regulamentou a Lei 8080/90 e define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dando mais segurança jurídica à gestão do SUS e esclarecendo, por meio de instrumentos de gestão o que tange o direito de todos e dever do Estado” exposto na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2011a). O decreto indicou um aprimoramento do Pacto pela Saúde apoiado em instrumentos normativos mais consistentes para sua efetivação no campo administrativo (BRASIL, 2012a; VASCONCELOS; PASCHE, 2015).

Também em 2011 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº. 2488 de 2011 (BRASIL, 2011b), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes. A AB foi adotada em 2006 pelo MS como uma política por meio da publicação da Portaria nº. 648 de 2006 (que está revogada pela Portaria nº. 2488 de 2011), que estabeleceu a revisão de

diretrizes e normas para a organização da AB para o PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (ANDRADE *et al.*, 2017).

Em 2012, a Lei Complementar nº 141 de 2012 (BRASIL, 2012b) regulamentou a morosa Emenda Constitucional 29 de 2000, que tramitou ao longo de 11 anos, com várias idas e vindas. Estabeleceu novos critérios de financiamento para as ações e serviços públicos de saúde pela União, estados e municípios na AB, e especificou as competências dos Conselhos de Saúde no processo de acompanhamento e fiscalização da utilização de recursos alocados nos Fundos de Saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2015). Há consenso de que financiamento do SUS é ruim e precisa ser resolvido (MENICUCCI, 2014).

Ao longo dos anos, diversas políticas públicas de saúde vêm sendo implementadas, com o intuito de aprimorar as ações no âmbito da AB. Como exemplo, citamos a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência em 2002; Política Nacional de Humanização ou HumanizaSUS, criada em 2003; em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pois são políticas que fortalecem a consolidação da AB e qualificam as ações na atenção à saúde.

Desde a criação do SUS, sucessivas leis têm complementado o arcabouço jurídico da saúde ou adendado complementos ao teor da Lei 8.080/90 (VASCONCELOS; PASCHE, 2015). Dentre elas, destacam-se a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar; estabelecimento do atendimento e a internação domiciliar; diretrizes para a organização da RAS; regulamentação da assistência terapêutica e a incorporação tecnológica no SUS; dentre tantas outras.

O SUS é um sistema de saúde complexo, num país com diferenças regionais, e tem buscado a efetivação de seus princípios e diretrizes, com inegáveis avanços, reconhecidos pela melhoria em diversos indicadores de saúde e de assistência, desde sua implantação.

Desafios para a sustentabilidade do SUS

As dificuldades enfrentadas hoje são a necessidade de reconfigurar a organização dos serviços e os modos de gestão do sistema de saúde e ampliar as estratégias de formação e qualificação profissional.

Todos os governos prestaram alguma contribuição ao SUS: José Sarney implantou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); Fernando Collor sancionou as Leis Orgânicas da Saúde; Itamar Franco criou o PSF, extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e avançou a descentralização; Fernando Henrique Cardoso ampliou o PSF, implantou a Política dos medicamentos genéricos e organizou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Luís Inácio Lula da Silva montou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), implementou as Políticas de Saúde Mental e Bucal e os NASF; Dilma Rousseff regulamentou a Lei nº 8080/90 e regulamento sobre financiamento em ações e serviços públicos de saúde. Nenhum deles, porém, incorporou a Reforma Sanitária Brasileira como projeto de governo, nem demonstrou um compromisso efetivo com o SUS nos termos estabelecidos pela Constituição de 1988 (PAIM, 2013).

Inúmeras conquistas do SUS, sobretudo na ampliação do acesso aos serviços de saúde, com repercussões positivas no perfil epidemiológico foram alcançadas. No entanto, inovações institucionais, descentralização, participação social, consciência do direito à saúde, formação de trabalhadores e tecnologias convivem, contraditoriamente, com o crescimento do setor privado, segmentação do mercado e comprometimento da equidade nos serviços e nas condições de saúde. Entre os obstáculos destacam-se a diminuição do financiamento federal, as restrições de investimento em infraestrutura e a gestão do trabalho (PAIM *et al.*, 2011).

Há uma dívida histórica com os trabalhadores que construíram o SUS, submetidos à precarização do trabalho e a terceirizações, sendo adiada a efetivação de planos de carreiras, cargos e salários. Portanto, ainda há muito que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. Seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde (PAIM, 2013).

Desse modo, o subfinanciamento público, a persistência de desigualdades na oferta e a articulação público-privada prejudicial ao SUS impedem o cumprimento do

que está estabelecido na Constituição, nas leis ordinárias, decretos e demais documentos. As forças políticas que alcançaram o poder nas duas últimas décadas não apresentaram um projeto para a nação à altura daqueles que geraram a Constituição Cidadã (PAIM, 2013), e cresce o tensionamento decorrente das contradições desse sistema que parece atingir um nível crítico, e pode gerar vários desdobramentos (MENICUCCI, 2014).

Ao longo dos anos, houve avanços, incluindo investimentos em recursos humanos, ciência e tecnologia e cuidados primários, um processo substancial de descentralização, ampla participação social e crescente conscientização pública sobre o direito à assistência à saúde. Os desafios futuros para o SUS incluem a reforma de sua estrutura financeira para assegurar universalidade, equidade e sustentabilidade a longo prazo, renegociação de papéis públicos e privados, reformulação do modelo de atendimento para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do Brasil e garantia de qualidade de atendimento e a segurança dos pacientes. Em última instância, os desafios enfrentados pelo SUS são políticos porque não podem ser resolvidos no âmbito técnico, mas apenas através dos esforços concentrados dos indivíduos e da sociedade (PAIM *et al.*, 2011).

Em 2017 o SUS e a AB se tornaram ameaçados pela aprovação da Emenda Constitucional 95 de dezembro de 2016, que congela recursos para a área da saúde por 20 anos. A realidade do país é o subfinanciamento da saúde pública brasileira, que afrontam os direitos sociais e restringem recursos, agravando o subfinanciamento do sistema (GIOVANELLA, 2018; SANTOS; FUNCIA, 2017). Quatro pontos são destacados como aspectos que dificultam a implementação efetiva da AB como eixo estruturante de um desejado SUS universal, público e de qualidade: a adoção do termo AB em contraposição à hegemonia da APS, que tentou buscar uma diferenciação ideológica ao reducionismo deste segundo; descompasso entre a formulação da PNAB e sua implementação real, de caráter centralizador e por desconsiderar a diversidade dos municípios; dificuldade em superar a inserção periférica da AB no sistema de saúde e este nível ser efetivamente coordenador do cuidado; e insuficiência de gestores, gerentes e trabalhadores preparados e aderidos a um projeto transformador do modelo assistencial vigente (GIOVANELLA, 2018).

Em 2019, a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde – Democracia e saúde, no mês de agosto mobilizou políticos, profissionais e população, onde as principais manifestações foram a saúde como direito de todos e a democracia

brasileira. O momento reforçou a importância do fortalecimento da consciência de cidadania, apontado como um dos fatores necessários para a consolidação do SUS, onde se faz necessário o aumento da mobilização dos movimentos e organizações sociais em defesa do direito à saúde, pela conquista da adesão da maioria dos profissionais de saúde ao ideário do SUS, e pelo maior comprometimento dos partidos e dos dirigentes públicos do setor com a efetivação de seus princípios e diretrizes (VASCONCELOS; PASCHE, 2015).

Considera-se ainda que a ampliação dos serviços públicos ocorreu de forma concomitante ao fortalecimento de segmentos privados, configurando mercados dinâmicos em saúde, que disputam os recursos do Estado e das famílias, restringem a possibilidade de consolidação de um sistema de saúde universal, reiteram a estratificação social e as desigualdades em saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). No contexto de crise econômica, social e política em que se encontra o Brasil, não há dúvidas de que são enormes os desafios da luta pelo direito à saúde no país, e para enfrentá-los, é preciso analisar criteriosamente a história, o momento presente e as tendências que se anunciam (SOUZA *et al.*, 2019). Enfim, nos últimos 30 anos, é notório o sucesso da expansão da AB do SUS no país, e das mudanças alcançadas, ainda que parciais, e os rumos do SUS são determinantes para a consolidação da AB no Brasil (GIOVANELLA, 2018).

2.2 Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica

Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica como nível de atenção à saúde

A APS, é conceituada como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (e não à doença) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar por terceiros; é integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (STARFIELD, 2002). O termo APS é o termo usado mundialmente quando se trata desse nível de atenção à saúde, e nações com sistemas centrados na APS obtêm melhores resultados na evolução dos indicadores de saúde (ANDRADE *et al.*, 2015).

O MS da saúde adotou o termo Atenção Básica (AB) em seus documentos, em contraposição ao uso hegemônico e consagrado da APS em âmbito mundial, buscando uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com intuito de uma concepção mais ampliada (GIOVANELLA, 2018). Uma das razões para a adoção do termo AB no país foi a influência mundial das políticas neoliberais na década de 80, que viam a APS como caminho para racionalização dos gastos em saúde e propunham a organização dos serviços por meio de cestas mínimas ou pacotes básicos de saúde (LAZARINI *et al.*, 2017).

A duplicidade de conceitos APS/AB causa certa divisão por parte de alguns segmentos no campo da saúde, onde o termo adotado pelo Brasil foi uma tentativa de superar um modelo restrito adotado em outros países (ANDRADE *et al.*, 2015). Nesta tese, por abordarmos a APS no contexto da saúde pública brasileira, considerou-se mais oportuno utilizar o termo AB*.

Um marco na organização da AB no Brasil ocorreu em 1991, quando foi criado pelo MS, o PACS, com o objetivo principal de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno infantil. Em 1994, o MS criou o PSF, emergindo do PACS. A estratégia utilizada pelo PSF tem por objetivo reorganizar a prática assistencial, entendendo a família como objeto principal e sua interação com o ambiente onde vive (BRASIL, 1997).

* Nota: o termo APS será utilizado quando nos referirmos a este nível de atenção no contexto mundial.

A ESF, como é definida atualmente, visa a reorganização da AB no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo MS e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

As equipes de ESF são operacionalizadas por equipes multiprofissionais, nas unidades básicas de saúde (UBS) responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em área geográfica delimitada. Dados de 2016 apontam cobertura de 64% da ESF em território nacional, com tendência crescente, ainda exigindo esforços de algumas regiões para ampliação da cobertura nas regiões ainda descobertas (NEVES *et al.*, 2018).

Na efetivação da AB brasileira, a ESF, surgiu como uma iniciativa inédita no âmbito das políticas públicas em saúde, por isso, seu desenvolvimento, na prática, apresentou e ainda apresenta algumas dificuldades, estando em constante reavaliação e construção (PAIM, 2013).

No cenário mundial, em 2005, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) publicou o documento 'Renovação de Atenção Primária em Saúde nas Américas', em que a renovação da APS foi defendida como parte integral do desenvolvimento dos sistemas de saúde e enfatizado que embasar os sistemas de saúde da região na APS produziria melhoras equitativas e sustentáveis na saúde dos povos das Américas (ANDRADE *et al.*, 2015).

A PNAB publicada em 2006 pela Portaria nº 648 de 2006, definiu a AB como "um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (BRASIL, 2006a). Nesse contexto, este nível de atenção deve ter resolutividade de 80% dos problemas de saúde da população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (STARFIELD, 2002).

Na perspectiva de alcançar a integração com as demais redes assistenciais e enfrentar a fragmentação do cuidado e a segmentação do sistema, o MS, em 2006, criou o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), com três dimensões – Pacto pela vida,

Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão. Com isso, o SUS avançou na regionalização com descentralização, comprometendo-se com a repolitização do sistema, com objetivos e metas sanitárias definidas pelas prioridades governamentais (MEDEIROS *et al.*, 2016). O Pacto surgiu para formalizar o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades, estabelecidas nas três esferas de governo, bem como reforçar a regionalização, sem a qual não é possível garantir a continuidade do cuidado num país com a dimensão continental do Brasil (ANDRADE *et al.*, 2015).

Neste ano também foi publicada a PNPS (BRASIL, 2006c), com objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (SILVA; BAPTISTA, 2015).

O NASF foi criado em 2008 com “o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização” (BRASIL, 2008). Para a proposição do NASF, foram consideradas muitas políticas publicadas até então, como Pacto Pela Saúde, PNAB, PNPS e a PNPIC (BRASIL, 2006d), todas publicações de 2006.

O NASF, no momento da criação, poderia ser organizado em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos municípios e no distrito federal. O NASF 1 deveria ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas e o NASF 2 composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas.

O NASF constitui de uma equipe, formada por diferentes profissionais, para apoiar as equipes de SF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios. A composição das equipes NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, e das equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2009). As possibilidades de composição do NASF envolve os seguintes profissionais: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médicos nas especialidades ginecologia/obstetrícia, homeopatia, pediatria, psiquiatria,

geriatria, clínica médica, do trabalho e acupunturista; médico veterinário; profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2014).

A fragmentação dos serviços da AB, atenção especializada e atenção hospitalar se tornou um desafio a ser enfrentado, e dificultava a efetivação do princípio da integralidade. Na perspectiva de superar esse desafio, surgiu a proposta de implantação de RAS, e em 2010 o MS lançou a Portaria nº. 4.279 de 2010 (BRASIL, 2010a), que estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Esta Portaria define a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (LAZARINI *et al.*, 2017). Quando a AB ordena uma RAS, esta tende a ser mais resolutiva e equitativa.

A existência de uma rede de AB permite, além da prevenção de um significativo número de casos de patologias de relevância epidemiológica e a resolutividade direta de até 80% da demanda comunitária, auxilia a condução clínica e o manejo terapêutico de pacientes com demanda de saúde especializada, os quais são primariamente orientados por profissionais de saúde de uma das outras redes assistenciais (ANDRADE *et al.*, 2015). Esse arranjo nos remete ao princípio da integralidade, onde além de cada pessoa ser considerada como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações em saúde voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos não devem estar dissociadas das ações voltadas para diagnóstico, recuperação e reabilitação, pois essas devem formar também um todo indivisível (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007; SÁ, 2019).

A PNAB 2006 foi atualizada por meio da Portaria nº. 2488 de 2011 (BRASIL, 2011), que “aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”. O documento estabelece que o contato preferencial dos usuários com o SUS deve acontecer no contexto da AB, sendo a ordenadora das RAS. No ano seguinte, foi publicada a nova PNAB (BRASIL, 2012a).

Como princípios e diretrizes gerais, a nova PNAB traz (BRASIL, 2012a):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a

proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012, p.19).

Como se vê, a AB é extremamente complexa, contudo, a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da AB como contato e porta de entrada preferencial da RAS (BRASIL, 2012a).

A revisão da PNAB em 2011 foi uma proposta elaborada em uma nova fase da evolução do SUS, onde havia consenso nas três esferas de gestão sobre a importância de se organizar e integrar as RAS. Nesse sentido, o Decreto nº 7508 de 2011 (BRASIL, 2011a) destacou os seguintes pontos em relação às RAS: a AB estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (ANDRADE *et al.*, 2015). Os princípios e diretrizes estabelecidos para a AB - porta de entrada preferencial e porta aberta, adscrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado – quando incorporados pela AB que ordena uma rede, fortalecem as ações e contemplam as necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2012a). Por longitudinalidade entende-se a continuidade do

cuidado, a partir do vínculo e da responsabilização, que torna as equipes SF equipes de referência no sistema (SÁ, 2019).

A Portaria nº 2.488 de 2011, que aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para a ESF e o PACS, redefiniu as características do NASF 1 e 2 e a Portaria nº 3.124 de 2012 (BRASIL, 2012c), criou o NASF 3. O NASF 1 deverá ter uma equipe formada com mínimo de 200 horas semanais, e cada ocupação deve ter no mínimo 20 e no máximo 80 horas de carga horária semanal, e ser responsável por cinco a nove equipes SF e/ou equipes AB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). O NASF 2 deverá ter uma equipe com mínimo de 120 horas semanais, cada ocupação deve ter no mínimo 20 e no máximo 40 horas de carga horária semanal, ter de três a quatro equipes de SF e/ou equipes de AB para populações específicas. Por fim, o NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo uma e no máximo duas equipes SF para populações específicas (BRASIL, 2012a).

A criação do NASF reforça a constante construção da saúde pública brasileira, buscando a integralidade do cuidado. O NASF representa uma oportunidade de entrada da fisioterapia na AB à saúde, reconhecendo que a atuação do fisioterapeuta nesse contexto é fundamental (BISPO JÚNIOR, 2010). A participação do fisioterapeuta na equipe do NASF torna-se o principal *locus* de atuação na AB, em que ele pode executar suas habilidades e competências de provedor de cuidados primários (LOPES, 2019).

Em 2017, o MS publicou revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº. 2436 de 2017. Este novo documento traz como definição da AB: “é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017).

Desde a Conferência de Alma-Ata em 1978 (que será abordada mais adiante), evidências são produzidas sobre a efetividade e eficiência da APS, e se reconhece que um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo e equitativo, mais satisfatório para a população e tem menos custos (ANDRADE *et al.*, 2015). Os princípios de um sistema de saúde centrado na APS são, segundo a OPAS (2005):

dar respostas às necessidades de saúde da população; os serviços de saúde são orientados pela qualidade, responsabilidade e prestação de contas dos governos; promover uma sociedade justa; sustentabilidade do sistema de saúde; participação social; e intersetorialidade.

Diante disso, a AB precisa avançar na definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivos, que atendam à sua complexidade, onde a intersetorialidade é uma das estratégias potentes (LAZARINI *et al.*, 2017).

O modelo de atenção à saúde brasileiro orientado pela ESF diverge entre os territórios, ou seja, a ESF resulta de adaptação local do modelo de AB familiar. Essa diversidade é resultante, dentre outros, da variação de tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores (ANDRADE *et al.*, 2015). Entretanto, os componentes que caracterizam um sistema de saúde baseado em APS são semelhantes aos componentes que caracterizam a organização da ESF: definição e descrição do território de abrangência; adscrição da clientela; diagnóstico de saúde da comunidade; acolhimento e organização da demanda; trabalho em equipe multiprofissional; enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade; estímulo à participação e controle social; organização de ações de promoção de saúde; resgate da medicina popular; organização de um espaço de cogestão coletiva na equipe; identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário; monitoramento dos indicadores de saúde no território-população de abrangência; clínica ampliada; educação permanente em saúde (OPAS, 2005). Portanto, todos esses componentes são uma sequência de processos que devem ser empregados para a organização de equipes de SF (ANDRADE *et al.*, 2015).

As características de cada sistema de APS são únicas, mas existem questões genéricas que devem ser enfrentadas em todos os países, como as questões de financiamento e prestação de serviços, na perspectiva de aprimorar tanto a efetividade dos serviços de saúde como a equidade na oferta desses serviços (STARFIELD, 2002).

A AB deve ser responsável pela maior parte da resolutividade do sistema, atendendo às necessidades de saúde da população, sendo também a base de integração com os demais níveis de atenção à saúde, pois quando houver a necessidade de referenciar usuários para os serviços especializados e hospitalares, o cuidado deve ser articulado e compartilhado em todos os níveis (SÁ, 2019).

O MS, ao longo dos últimos anos, editou políticas de incremento para a ESF, e investiu em infraestrutura física e incentivos financeiros com base em indicadores de qualidade, mas é preciso aumentar os investimentos para produzir equidade em saúde, e alcançar o patamar de qualidade nos serviços de outros países com sistemas universais (ANDRADE *et al.*, 2015).

Desde a publicação da primeira PNAB em 2006, políticas nacionais buscaram responder a problemas para a consolidação da AB: a PNAB 2011 fortaleceu a centralidade da AB na rede, atualizou e ampliou as funções do NASF, reconheceu as especificidades para a composição de equipes que respondessem às necessidades das populações de rua e das populações ribeirinhas, e timidamente sinalizou alguma possibilidade de institucionalização de uma ação intersetorial por meio do Programa Saúde na Escola; O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Mais Médicos, que incorporou as ações do Programa de Qualificação de UBS (Requalifica UBS), associado à provisão emergencial de médicos e a mudanças na formação (eixo sob maior ameaça), davam direcionalidade e convergiam na direção de uma AB mais robusta (ALMEIDA, 2018).

As iniciativas do MS sinalizavam para uma direção convergente aos princípios solidários do SUS. Entretanto, a revisão da PNAB em 2017 propôs um retrocesso: as especificidades sanitárias dos territórios evocadas para relativizar a cobertura populacional, o estabelecimento de carteira (mínima) de serviços, assim como a criação de equipes com dedicação parcial ao trabalho na AB, vão na contramão de qualquer proposição de coordenação, continuidade assistencial e vínculo, atributos tão caros e inconteste em qualquer proposição abrangente de AB (ALMEIDA, 2018). No momento de finalização desta tese o cenário era de incertezas sobre os rumos do SUS.

Caminhos da Fisioterapia na Atenção Básica

A fisioterapia foi regulamentada pelo Decreto Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969, como profissão de nível superior, com abordagem curativa e reabilitadora, que em seu artigo terceiro cita “é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969). Foram constatadas limitações nas possibilidades de atuação em outros níveis de atenção no referido decreto, que apontam restrições à prática profissional no artigo supracitado (REBELATTO;

BOTOMÉ, 1999). Um profissional de nível superior não pode restringir-se a apenas executar métodos e técnicas, deve ter a capacidade de mais do que executar procedimentos, analisar e produzir novos saberes. Acredita-se que as condições de saúde da população e a própria lógica de organização do sistema de saúde vigente à época corroboravam para essa forma de atuação (BISPO JÚNIOR, 2010).

Uma intervenção fisioterapêutica, na história da profissão, esteve quase que exclusivamente atrelada a práticas curativas individuais, e ao atendimento de certas sequelas físico-funcionais produzidas por alguma patologia, dando ao fisioterapeuta o estigma de reabilitador (FREITAS, 2006; RODRIGUEZ, 2010). A forma de perceber, explicar e enfrentar os problemas de saúde ao longo da história do nosso país acarretou o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença e, conseqüentemente, os esforços dos profissionais ou áreas de estudo preocupadas com as condições de saúde do homem se concentraram, por um extenso período, na descoberta de novos métodos de tratamento das doenças, revelando a preponderância de uma assistência curativa, recuperativa e reabilitadora (RODRIGUES, 2008).

Hoje a fisioterapia é definida como uma profissão que tem como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, distinguindo as suas disfunções e repercussões psíquicas e orgânicas, no propósito de prevenir alterações, preservar, promover e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções (RODRIGUEZ, 2010). As mudanças no perfil epidemiológico e as transformações no sistema de saúde brasileiro, com destaque para a implantação do SUS, determinaram novos caminhos à fisioterapia e novas responsabilidades aos profissionais (BISPO JÚNIOR, 2010).

A fisioterapia ampliou e aprofundou seus conhecimentos técnicos e expandiu sua área de atuação, como fisioterapia respiratória e dermatofuncional, mas ainda mantinha ênfase na atenção destinada à recuperação de distúrbios osteomusculares e neurológicos (BISPO JÚNIOR, 2010; PORTES *et al.*, 2011).

Um fato que impulsionou para a modificação do perfil deste profissional foi a implantação do PSF, reorganizando a prática assistencialista de acordo com os princípios do SUS (RODRIGUEZ, 2010). A partir de 1995, começaram a surgir, mais efetivamente, algumas experiências da fisioterapia na AB à saúde no Brasil, seguramente motivadas pela mudança na política pública de saúde. Contudo as dificuldades de adaptação da fisioterapia à nova realidade, qual seja, a inversão do

modelo assistencial que passou a priorizar as ações no nível primário de atenção à saúde, parece ter gerado um novo cenário ainda mais desafiador para essa profissão (FREITAS, 2006). A fisioterapia, cujas origens tinham nas atenções secundária e terciária a sua marca como campos de trabalho próprios da profissão, se viu diante da necessidade de ressignificar alguns valores que fazem parte da sua identidade profissional. Ou seja, inserir-se na AB significa romper com a lógica exclusiva do atendimento individual, da hipervalorização da doença, do sentido único e restrito que associa a profissão à reabilitação e com a forte tendência de desenvolver práticas isoladas distantes de interlocuções com outros atores da saúde e da própria comunidade (BISPO JÚNIOR, 2010; FREITAS, 2006).

Contudo, a formação não tem acompanhado na mesma velocidade as transformações na necessidade de saúde das pessoas, onde em muitas universidades ainda está presente a formação curativista. A formação que valorizou, e em muitas instituições ainda valoriza o estudo da doença, as ações curativas individuais e a ocupação profissional, quase que exclusivamente em clínicas de reabilitação, hospitais e consultórios, não pode ser desconsiderada até porque as dificuldades e as aptidões que a profissão apresenta para se inserir na AB tendem a ser mais facilmente identificadas por meio do confronto das suas raízes históricas com o novo desafio posto, de superar o modelo biomédico e ampliar as ações considerando o conceito ampliado de saúde (FREITAS, 2006). Outras profissões têm em sua formação um contato mais próximo com a saúde coletiva durante a sua formação, o que facilita a atuação neste nível de atenção. As adequações curriculares para os cursos de fisioterapia são urgentes e necessárias, mas ainda há resistências para implantação de mudanças.

Algumas políticas também não contribuem para o entendimento de que a fisioterapia tem potencial para atuar nos três níveis de atenção. A publicação do MS no Cadernos de Atenção Básica número 27 – Diretrizes do NASF, ao explicar as ações do fisioterapeuta, juntamente com os profissionais da Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia em apenas um capítulo intitulado “Reabilitação e a Saúde Integral da Pessoa Idosa no NASF” (RODES *et al.*, 2017). O texto apresenta-se confuso sobre a atuação deste profissional na AB, e ainda direciona muito suas práticas à reabilitação. Considera o Fisioterapeuta como profissional de reabilitação para atuar com idosos/deficientes, o que é um contrassenso ao que se preconiza como ações para a atenção primária em saúde, tanto pela restrição às ações de reabilitação, quanto por

colocar apenas duas condições de saúde como aptas à atuação da fisioterapia. O documento traz direcionamentos para atuação do Fisioterapeuta apenas para idosos e deficientes, não considerando todos os problemas de saúde que a população está exposta. A apresentação do conteúdo destinado a Fisioterapeutas difere da apresentação de outros profissionais da saúde que também atuam no NASF, tendo estes, direcionamentos mais específicos.

A inserção do fisioterapeuta na AB, a partir da implantação do PSF, é um processo em construção (BISPO JÚNIOR, 2010; FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018; LOURES; SILVA, 2010; MAIA *et al.*, 2015; NEVES; ACIOLE, 2011; RODRIGUEZ, 2010; SOUZA *et al.*, 2015; TRELHA *et al.*, 2007). A participação da profissão na AB tem favorecido diversas reflexões sobre a ampliação e/ou reconfiguração de suas práticas para a apropriação de novos saberes necessários a uma melhor intervenção nesse nível de atenção à saúde, e começou a se esboçar após a regulamentação do SUS, ganhando força após a publicação das DCN (BRASIL, 2002a) e impulsionadas com a criação dos NASF (BISPO JÚNIOR, 2013; FREITAS, 2006).

Atualmente, o papel de um fisioterapeuta na AB pode ser entendido como a contribuição de outro profissional em equipes de saúde, permitindo olhares diferentes, ampliando as possibilidades inovadoras de práticas assistenciais e aumentando o potencial de solução (REZENDE *et al.*, 2009). Com relação à saúde das pessoas, a fisioterapia aproxima-se do SUS para compartilhar um conceito ampliado de saúde (FERREIRA; REZENDE, 2016).

Mudanças na formação e nas políticas públicas de saúde promoveram uma mobilização nacional da classe de fisioterapeutas e em novembro de 2007, em Brasília – DF durante a 13.^a Conferência Nacional de Saúde foi aprovada por unanimidade uma Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF) (BRASIL, 2011) pelo SUS, movimento que aprofundou a reflexão sobre a necessidade de incorporar na AB tanto a Fisioterapia, quanto outras categorias profissionais ligadas a “Reabilitação” como a Terapia Ocupacional e a Fonoaudiologia, trabalhando dentro do escopo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, à territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da AB no Brasil (RODRIGUEZ, 2010).

A PNSF foi publicada em 2011, e traz como definição de saúde funcional o estado de bem-estar do sujeito, nas coletividades ou enquanto pessoa, no

desempenho das atividades e na participação social, visando o exercício da funcionalidade humana e da cidadania. A PNSF visa possibilitar a promoção da qualidade de vida em todos os seus ciclos vitais, e geração de indicadores próprios e comparáveis em todo território nacional sobre funcionalidade e incapacidade e a diminuição dos custos do Estado com as consequências do aumento da prevalência de doenças crônicas (BRASIL, 2011c). O referido documento ainda não foi publicado por meio de uma portaria, o que compromete a sua implantação e divulgação.

O caráter reabilitador da profissão, durante muito tempo, excluiu serviços de fisioterapia da AB, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na AB (RIBEIRO, 2002; VÉRAS *et al.*, 2004). O NASF concretizou a inserção do fisioterapeuta e da saúde funcional na AB (RODRIGUEZ, 2010), e a participação na política representa uma primeira aproximação formal da fisioterapia com a AB, sob o ponto de vista de uma política de saúde (FORMIGA; RIBEIRO, 2012), ampliando o acesso da população a este profissional.

A fisioterapia em SF e mais especificamente no NASF deve atuar com foco prioritário sobre ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, intervenções educativas e processos coletivos, como os grupos (BRASIL, 2008). Rezende *et al.* (2009) afirmavam em 2009 que a relevância da inserção do fisioterapeuta nesse cenário, só se daria ao passo que a presença dele na comunidade conseguisse esclarecer, aos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços, o seu potencial de colaborar na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação em saúde e melhora da qualidade de vida. Integrar esses núcleos exige do fisioterapeuta a realização de atividades que tradicionalmente não lhe cabiam e requer competências profissionais diferentes daquelas hegemonicamente ofertadas nos cursos de graduação rompendo, pois, com o modelo curativista e assistencialista (BISPO JÚNIOR, 2010).

Diante dos novos desafios da sociedade brasileira, com profundas mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização dos sistemas de saúde, surge a necessidade do redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia, que deveria aproximar-se do campo da promoção da saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Esse redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional conduz às mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do profissional fisioterapeuta (BISPO JÚNIOR, 2010, p.1628).

A fisioterapia luta por um reconhecimento cada vez maior de que pode atuar nos três níveis de atenção à saúde e não está restrita à reabilitação. Mas a recuperação da funcionalidade não deixa de fazer parte de seu escopo de atuação. Ela é essencial, também caracteriza o papel do fisioterapeuta e deve ser realizada nos três níveis de atenção, bastando apenas que se atente às especificidades de cada tipo de atenção que deve ser ofertada ao usuário (SOARES; BEZERRA, 2014).

Bispo Júnior (2010) apresenta o conceito de Fisioterapia Coletiva, que engloba e amplia a fisioterapia reabilitadora, possibilitando o desenvolvimento da prática fisioterapêutica tanto no controle de danos quanto no controle de riscos. Fisioterapia Coletiva contempla a fisioterapia reabilitadora e alarga as possibilidades de atuação para além do nível terciário, com diferença crucial entre os objetos de intervenção. Enquanto no controle de danos a intervenção ocorre quando a doença já está instalada, e muitas vezes em estado avançado, no controle dos riscos, a intervenção ocorre antes da doença acontecer, ou seja, antes do aparecimento de sequelas e complicações limitadoras do movimento. A população vive exposta a diversos riscos à saúde, e para a identificação desses riscos, duas necessidades impõem-se ao profissional fisioterapeuta: atuação em equipe multidisciplinar e utilização de conhecimentos de outras áreas do saber, como a epidemiologia, a geografia e as ciências sociais (BISPO JÚNIOR, 2010).

A Fisioterapia necessita de ressignificações das suas práticas para a sua atuação na AB (BISPO JÚNIOR, 2013; FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018; FREITAS, 2006). Freitas (2006) afirma que as lutas estabelecidas pela profissão muito mais voltadas para a sua autoafirmação profissional, em que o alvo central se constituía na afirmação da autonomia como profissão liberal, com a instituição de atos privativos, sobressaíram-se mais que a preocupação de ampliar o campo de atuação.

As exigências impostas por esse campo não permitem a replicação das práticas tradicionais da Fisioterapia nesse novo cenário, tanto em relação às práticas assistenciais desenvolvidas em seu cotidiano, quanto em relação à estratégia da política de saúde vigente que considera a AB como eixo central para a reorganização dos serviços de saúde (FREITAS, 2006). Divulgar cientificamente resultados e experiências fortalece a construção de um campo de atuação da fisioterapia na AB (SOARES; BEZERRA, 2014).

As primeiras publicações sobre experiências da fisioterapia na AB começaram a ser publicadas a partir de 2002, considerando o levantamento literário para esta tese (RIBEIRO, 2002; SILVA; TRELHA; ALMEIDA, 2005; VÉRAS *et al.*, 2004). Portes *et al.* (2011) relataram em 2011 estar acompanhando a divulgação dessas ações em eventos científicos, como no Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva (CONAFISC) e nos organizados pela ABENFISIO e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

A fisioterapia pode contribuir, portanto, de forma significativa com as suas práticas para a prevenção, a promoção e as intervenções terapêuticas nas diversas intercorrências físico-funcionais que atingem um número cada vez maior de pessoas. Ela favorece a implementação de ações, no nível básico de saúde, ligadas tanto ao controle e diminuição dessas intercorrências, quanto, em especial, na perspectiva do exercício do direito da população em ter um atendimento adequado, em tempo hábil, para evitar a potencialização e/ou instalações das deformidades por falta de acesso a esse serviço (FREITAS, 2006).

Os profissionais fisioterapeutas precisam reconhecer seu potencial na AB na contribuição para o cuidado da saúde da população, e desenvolver-se teórico-conceitualmente não só sobre a funcionalidade humana, mas também considerar suas implicações biopsicossociais, com propósito de consolidar a evolução da fisioterapia no país (MIRANDA, 2019). É preciso também engajar na adequação e redefinição da práxis profissional e do seu objeto de trabalho na AB. O objeto da atuação da fisioterapia continuará sendo o movimento humano; no entanto, essa atuação não se dará, exclusivamente, no indivíduo doente e sequelado; antes, porém, a atuação será direcionada às coletividades humanas, buscando transformar hábitos e condições de vida, promovendo saúde e evitando, conseqüentemente, distúrbios do sistema locomotor (BISPO JÚNIOR, 2010).

Em revisão da literatura, Portes *et al.* (2011) encontraram muitos registros de experiências da fisioterapia na AB, sendo quase a metade dos artigos encontrados relato de casos e experiências. Dentre as práticas encontradas, destacaram educação em saúde, atividade domiciliar, atividade de grupo, investigação epidemiológica e planejamento das ações, atividades interdisciplinares, atuações acadêmicas, atendimentos individuais na UBS, atenção aos cuidadores, atuações intersetoriais e acolhimento. Os autores concluíram que para a consolidação do trabalho do

fisioterapeuta na AB, seriam necessários estudos que comprovem epidemiologicamente melhorias nas condições de saúde da comunidade.

Portes *et al.* (2011), no mesmo trabalho, propõem algumas diretrizes para o trabalho do fisioterapeuta na AB, com a intenção de que estas sejam ampliadas, discutidas e reformuladas: (1) as atividades domiciliares devem apresentar um perfil mais interdisciplinar; (2) nas atividades de grupo, devem ser priorizadas as ações de promoção de saúde, não focalizando as patologias como forma de identificação dos grupos; (3) na formação profissional do fisioterapeuta, é importante que haja uma maior capacitação nas ações de educação em saúde; (4) a investigação epidemiológica para o planejamento das ações deve estar contida em todo o processo de trabalho; (5) as ações interdisciplinares devem ser priorizadas em todas as atividades; (6) uma articulação permanente deve ser estabelecida com a formação profissional através de atividades acadêmicas; (7) o acolhimento integrado e qualificado deve ser uma prática que corresponda às ações em saúde de todos os profissionais da saúde; (8) os atendimentos individuais na unidade básica de saúde devem levar em consideração a singularidade de cada usuário e podem ser trabalhados para o encaminhamento ao setor secundário, para as orientações de autocuidado, para o acolhimento integrado ou no sentido de preparar o indivíduo para as atividades em grupo; (9) as ações de promoção da saúde devem atender às necessidades que o usuário apresenta como sujeito único e portador do direito à saúde; e (10) a intersetorialidade e o sistema de referência e contra referência devem ser adotados nas práticas da AB.

A aproximação entre a fisioterapia e o nível primário apresenta-se como alternativa capaz de fortalecer a AB, aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para a garantia da integralidade na assistência. Neste sentido Bispo Júnior (2010) apresenta algumas possibilidades de atuação do fisioterapeuta na AB e em ambiente comunitário: vigilância dos distúrbios cinesiofuncionais, orientações posturais, desenvolvimento da participação comunitária, desenvolvimento de ambientes saudáveis e incentivos a estilos de vida saudáveis.

A fisioterapia tem uma grande responsabilidade social no que diz respeito à qualidade da saúde no Brasil, seja ela pública ou privada. Atualmente, a rede pública presta atendimento a cerca de 80% da população brasileira, enquanto a rede privada é responsável por apenas 20% (BISPO JÚNIOR, 2010). Entretanto, nos deparamos com o fato de que a maioria dos profissionais fisioterapeutas presta serviço à essa

faixa minoritária da população brasileira, ou seja, a rede privada. As desigualdades sociais em saúde e a exclusão social devem permear as prioridades da atuação do fisioterapeuta na saúde coletiva (BISPO JÚNIOR, 2013). A demanda reprimida de deficientes e pessoas com limitações físico-motoras têm forte relação com a exclusão socioeconômica, onde as complicações dos distúrbios musculoesqueléticos ou o agravamento de incapacidades relacionam-se ao desenvolvimento de hábitos não saudáveis ou apenas à impossibilidade de custear o transporte até o serviço de fisioterapia (BISPO JÚNIOR, 2010). Hoje há sinais de mudança: o aumento de contratações de fisioterapeutas na rede pública (hospitais, UBS e policlínicas) e principalmente a criação NASF, que incluiu o fisioterapeuta como um dos profissionais que integra a equipe de saúde (SANTOS, 2011).

Bispo Júnior (2010) apresenta alguns princípios que devem nortear a atuação do fisioterapeuta no nível primário: (1) o fisioterapeuta deve atuar em equipe multiprofissional e com abordagem interdisciplinar, objetivando a integralidade da assistência; (2) deve seguir a lógica da territorialização, adscrição da população e responsabilização, inserindo a prática do cuidado continuado; (3) a atuação deve ocorrer, preferencialmente, no âmbito coletivo, com o envolvimento e a participação da população; (4) as ações devem ser articuladas com diversos setores da sociedade e dos governos, primando pela reversão dos determinantes e condicionantes sociais da saúde; (5) a formação profissional para consolidação do modelo de fisioterapia coletiva. Esses princípios estão em consonância com os princípios do SUS, e correspondem ao conceito ampliado de saúde.

É necessário refletir sobre a posição da fisioterapia na consolidação do sistema de saúde: onde a profissão quer se dar nas propostas do SUS? É claro o espaço que se abre, desde a implantação do NASF para a entrada do fisioterapeuta no SUS, no primeiro nível de atenção. No entanto, há uma falta de conhecimento sobre esse campo de trabalho por profissionais e uma falta de preparação para lidar com as propostas e processos de trabalho deste novo campo (FERREIRA; REZENDE, 2016).

Em 2019, ano de comemoração de 50 anos da regulamentação da profissão, já é perceptível constatar o avanço das experiências exitosas das práticas fisioterapêuticas na AB, bem como o incremento das disseminações científicas desse processo que busca a consolidação do papel do fisioterapeuta na AB. Mais recentemente tem-se discutido o modelo de atenção às condições crônicas utilizado em diversos países, e que deve ser desenvolvido para a realidade brasileira com o

intuito de alicerçar as bases da formação profissional e das políticas realizadas para expandir a assistência na AB (LOPES, 2019). Contudo, a formação ainda precisa de adequações, onde se faz necessário o desenvolvimento e fortalecimento de competências para a atuação do fisioterapeuta na AB, para que o profissional tenha um olhar crítico e reflexivo para as demandas de saúde da população brasileira na perspectiva da integralidade do cuidado (FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018).

Para reconhecer o papel do fisioterapeuta nos cuidados primários em saúde, recentemente foi publicado um quadro de habilidades específicas para a atuação do fisioterapeuta na AB, delimitando um escopo de competências profissionais, visualizado no Quadro 1. Lopes e Guedes (2019) reconhecem que a práxis fisioterapêutica na AB deve ser uma prática profissional baseada em evidências, trabalho em equipe centrado no usuário e na família, proativo, continuado, resolutivo e que estimule o autocuidado e as mudanças de comportamento e enfrentamento das condições de saúde.

Quadro 1 – Habilidades específicas para atuação fisioterapêutica na APS

Habilidades específicas	Descrição
Planejamento e gestão	Capacidade de planejar ações de combate aos condicionantes e agravos à saúde por meio de projetos de saúde com abordagens situacionais e com a participação em equipe e popular.
Vigilância e rastreamento	Atuar na comunidade identificando famílias em vulnerabilidades e indivíduos em risco biológico, comportamentais, ambientais e laborais com ênfase nas condições crônicas de saúde.
Clínica	Conhecer a história natural das doenças que interferem na mobilidade e capacidade funcional dos indivíduos. Conhecimentos de farmacologia básica, diagnóstico por imagem e testes laboratoriais.
Primeiro contato e triagem	Executar escuta qualificada e exame propedêutico de avaliação dos sistemas corporais relacionados com a capacidade funcional, estabelecimento do diagnóstico e desenhar a linha de cuidado do usuário.
Tomada de decisão	Característica que possibilita ao profissional escolher a melhor via de resolução de problemas de saúde individual (tratar ou referenciar) e coletiva (políticas ou programas).
Terapêutica	Capacidade de elaborar planos terapêuticos singulares, cuidado compartilhado, e uso de novas formas de assistência, como atenção compartilhada a grupo, autocuidado apoiado, atenção continuada e metodologias educativas de mudança comportamental.
Ciclo de vida e grupos populacionais	Acúmulo de conhecimento e experiência em lidar com grupos populacionais diversos, como crianças, adultos, mulheres, idosos e outros.
Liderança	Desenvoltura em trabalho em equipe, destacando-se pela proatividade e o gerenciamento de saberes.
Comunicação	Saber interagir com grupos sociais distintos e de modo inteligível, possibilitando que seus objetivos sejam atingidos.
Humanização e controle social	Competência de relacionar-se com indivíduos e coletividades das mais diferentes origens culturais, respeitando as peculiaridades de cada um, viabilizando o controle social das decisões.

Fonte: Lopes (2019).

Outra proposta descrita recentemente na literatura (MIRANDA, 2019) estrutura a atuação da fisioterapia na AB em duas dimensões, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Organização da proposta de atuação da fisioterapia na atenção básica em dimensões, subdimensões e divisões*

Dimensão princípios da Atenção Básica para a fisioterapia
Integralidade e Hierarquização
Territorialização e Adscrição da clientela
Participação da comunidade
Dimensão atribuições do fisioterapeuta na Atenção Básica
Atribuições Organizacionais
a.1 Reconhecimento da área adscrita e vigilância em saúde
a.2 Planejamento e monitoramento das ações
a.3 Atuação multiprofissional e interdisciplinar
Atribuições técnico-operacionais
b.1 Ciclo vital
b.2 Condições de saúde
b.3 Saúde do trabalhador

* o termo APS do quadro original foi substituído por Atenção Básica

Fonte: Miranda (2019)

As evidências científicas trilham caminhos que remetem à consolidação do papel do fisioterapeuta no contexto da AB, e o contexto atual demanda ampliação das reflexões em torno dos desafios a serem superados para sua concretização (FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018; LOPES, 2019; MIRANDA, 2019).

Experiências internacionais

Fora do Brasil, experiências de atuação do fisioterapeuta na APS são descritas na literatura, em especial em países com sistemas públicos universais de saúde, como Canadá, Reino Unido e Austrália (MENDES, 2012). Países que vêm implantando o fisioterapeuta como provedor de cuidados primários em saúde têm observado ganhos na abrangência da resolutividade dos serviços de saúde e na redução dos custos dos mesmos (LOPES, 2019).

No Canadá os fisioterapeutas são prestadores de cuidados primários. Em algumas áreas, os fisioterapeutas fazem parte de uma equipe de APS interprofissional - equipes de saúde da família, nos moldes das equipes NASF no Brasil, com objetivo de melhorar o acesso do paciente, enquanto personalizam a composição da equipe, dependendo da comunidade local atendida. Existem diretrizes para as ações, mas cada equipe se molda de acordo com as necessidades do território (CPA, 2019).

A *Canadian Physiotherapy Association* elenca as seguintes competências e habilidades que o fisioterapeuta deve apresentar para atuar em nível de atenção primária de assistência à saúde: prática avançada de triagem de doenças agudas e

crônicas, manejo de doenças crônicas; educação em saúde e autocuidado; gerenciamento de casos; promoção da saúde e prevenção de doenças de modo individual e coletivo; educação permanente de outros profissionais; pesquisa em educação e políticas (CPA, 2019).

No Canadá, para atender aos princípios da APS, os fisioterapeutas desempenham múltiplos papéis baseados em uma ampla perspectiva holística da saúde, no contexto de uma equipe interprofissional colaborativa e da comunidade, por meio de uma abordagem informada e evidenciada do cuidado. Parece haver várias maneiras de integrar com sucesso fisioterapeutas nas equipes da APS, desde que a atuação do papel seja sensível ao contexto e congruente com os princípios da APS (DUFOR; LUCY; BROWN, 2014). No âmbito do trabalho interprofissional, o processo de integração é afetado por fatores que variam dos níveis individual ao sistema, e pesquisa identificou que a integração dos fisioterapeutas na APS seria aprimorada por uma maior compreensão do papel da fisioterapia na APS por fisioterapeutas, outros profissionais de saúde e planejadores de sistemas (MAHARAJ *et al.*, 2018).

Com a inserção do fisioterapeuta na APS, houve um incremento nas publicações sobre as práticas profissionais nesse nível de atenção, com resultados que reforçam a atuação do fisioterapeuta. Um estudo que avaliou as políticas de acesso direto ao fisioterapeuta como provedor de cuidados primários constatou que estes profissionais estão na primeira linha de cuidados em saúde em grande parte dos países da União Europeia, e identificou questões de influência da política médica como principal barreira ao livre acesso ao fisioterapeuta (BURRY; STOKES, 2013).

Experiências norte-americanas em modelos de assistência fisioterapêutica de cuidados primários, onde profissionais de diversas categorias atuam de maneira independente e multiprofissional, pacientes são encaminhados à fisioterapia para triagem, onde o acesso ao fisioterapeuta pode ser o primeiro contato. Nesse cenário, o fisioterapeuta, no acolhimento, toma a decisão em relação à linha de cuidado do paciente: encaminhar para o serviço de fisioterapia adequado, juntamente ou não com o encaminhamento para outro profissional, ou ainda o paciente pode não ter indicação de fisioterapia (LOPES, 2019).

Na Suécia, fisioterapeutas e clínicos gerais atuam como avaliadores primários de pacientes com distúrbios osteomusculares na APS, e estudos demonstram que a triagem de fisioterapeutas em centros de saúde primária tem efeitos positivos, vantagens em relação à eficiência no ambiente de trabalho e na utilização de serviços

de saúde, e pacientes se mostram satisfeitos com as informações recebidas sobre sua condição de saúde e autocuidado (BORNHÖFT *et al.*, 2019; LUDVIGSSON; ENTHOVEN, 2012).

Na Irlanda, houve uma reestruturação da fisioterapia da atenção secundária para a APS devido ao lançamento da Estratégia de Atenção Básica, que visava transferir 90% dos serviços de saúde para a comunidade, por meio de equipes de APS com equipe interprofissional, que proporcionam um ponto de contato no sistema de saúde irlandês (FRENCH; GALVIN, 2018). Na abordagem das desordens musculoesqueléticas, os fisioterapeutas identificaram diferenças significativas na prestação de serviços de fisioterapia nos locais de APS. As queixas musculoesqueléticas são um dos motivos mais comuns para procurar atendimento primário e representam um ônus econômico e social significativo para o sistema de saúde e o público em geral (BORNHÖFT *et al.*, 2019).

Foram identificadas várias barreiras ambientais que impactaram na prestação de serviços, incluindo infraestrutura física, equipamentos, interação com outros níveis de atenção, suporte da administração e participação no desenvolvimento profissional contínuo. O papel do fisioterapeuta no contexto da equipe interprofissional mais ampla também emergiu como um tema, bem como o equilíbrio entre o papel generalista *versus* especialista do fisioterapeuta no cenário da APS (FRENCH; GALVIN, 2017).

Na Austrália, a *Australian Physiotherapy Association* (APA) estimula o governo federal a investir mais fundos na força de trabalho de saúde, a fim de lidar com o crescente aumento de doenças crônicas e complexas nas comunidades. O orçamento de 2019 não considerou a crescente demanda por serviços de APS, incluindo fisioterapia, e há uma falta de ações na saúde preventiva. A APA identificou três temas principais que devem ser considerados no orçamento, que são relevantes para os fisioterapeutas: acesso e sustentabilidade, prevenção e qualidade. A APA está comprometida em trabalhar com a Agência Digital Australiana de Saúde para garantir que os dados dos pacientes em fisioterapia sejam integrados ao sistema do registro de saúde eletrônico, com intuito de evidenciar a importância do trabalho dos fisioterapeutas na APS (APA, 2019).

No Chile, identificou-se um estudo qualitativo sobre a qualidade dos cuidados de fisioterapia prestados em centros urbanos de APS, que encontrou como resultados dois temas principais: qualidade relacionada ao profissional e estrutura do sistema de atenção. As percepções sobre os cuidados recebidos do fisioterapeuta são

influenciadas por fatores como a comunicação, a forma como tratam o paciente e a confiança estabelecida entre paciente e profissional. Em relação aos aspectos estruturais, fatores como alocação de espaços, equipamentos técnicos e dispositivos de reabilitação, acesso aos centros e disponibilidade do fisioterapeuta afetam a satisfação e a percepção da qualidade do serviço recebido (REYES; PUELLE; BARRÍA, 2018).

Observa-se nas diferentes experiências alguns tópicos que se assemelham nas diferentes partes do mundo, como definição das ações do fisioterapeuta na APS, disponibilidade de infraestrutura e escassez de financiamento.

Diante do exposto, evidências científicas vão sendo conhecidas e fortalecendo a importância da presença do fisioterapeuta no contexto da APS ao redor do mundo, consolidando o papel do fisioterapeuta como protagonista em qualquer sistema de saúde que objetive a promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação de indivíduos (LOPES, 2019).

2.3 Promoção da saúde e sua interface com a Fisioterapia

Este capítulo apresenta um breve histórico sobre a promoção da saúde em âmbito internacional e nacional, e a interface da fisioterapia com esse campo de atenção à saúde.

Aspectos históricos e conceituais

A Promoção da Saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Historicamente, a promoção da saúde foi referida pelo sanitarista Henry Sigerist, em 1946, como uma das quatro funções da medicina, ao lado da prevenção de doenças, do tratamento e da reabilitação de doentes. Na década de 1960, ganha destaque o preventivismo, do modelo da história natural da doença, de Leavell e Clark, que trouxe a discussão da doença como um processo e sua múltipla causalidade (MENDES *et al.*, 2016).

A década de 1970 foi fundamental para disparar o debate sobre a promoção da saúde, concebida como estratégia para o enfrentamento das questões da saúde para além da assistência médica, seja para diminuição de gastos ou para minorar questões mais amplas (SILVA; BAPTISTA, 2015). Nesse momento, a promoção da saúde é proposta para agir sobre os modos de vida da população, associando a ocorrência de enfermidades aos comportamentos de risco, cuja base é a discussão do Informe Lalonde, publicado no Canadá em 1974, e o relatório '*Healthy people*', publicado nos Estados Unidos em 1979 (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

O Informe Lalonde é considerado o marco inaugural da promoção da saúde moderna, em um contexto de crise do Estado de Bem-Estar Social que enfrentou a escassez de recursos para atender às necessidades da população (SUNDFELD, 2010). Os fundamentos do Informe Lalonde encontram-se no conceito de campo da saúde, que reúne os chamados determinantes da saúde. Esse conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, dentro dos quais se

distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde (BUSS, 2000; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata, Rússia, marcou o início da moderna promoção da saúde. Outro marco conceitual e político no contexto da chamada nova Promoção da Saúde foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986, onde a promoção da saúde surge como uma nova forma de reativar a necessidade de ações intersetoriais (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

Assim, a promoção da saúde surge como importante elemento para a produção social da saúde, baseada na relação entre saúde e condições de vida, pois os avanços nas ciências biológicas, a partir do século XIX não deram e não estão dando conta dos efeitos das mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas que estamos tendo de enfrentar (WESTPHAL, 2015).

Na sequência, quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram realizadas: em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997), desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa é um dos documentos fundadores da promoção da saúde, e a define como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, revelando que a promoção da saúde transcende o setor saúde. Completa, definindo que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002b). Acrescenta ainda que defesa da saúde, capacitação e mediação são, segundo o documento, as três estratégias fundamentais da promoção da saúde (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação para a promoção da saúde: (1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; (2) criação de ambientes favoráveis à saúde; (3) reforço da ação comunitária; (4) desenvolvimento de habilidades pessoais; (5) reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002b). A reorientação dos serviços de saúde implica na superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais como foco essencial da intervenção. O resultado são transformações profundas na organização

e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais (BUSS, 2000; WESTPHAL, 2015).

Na América Latina, a Carta de Bogotá de 1992 é considerada o termo de referência para a promoção da saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2009). A Carta de Bogotá afirma que a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento (BRASIL, 2002b). Dentre os princípios, o documento traz: impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, e a promoção da saúde como estratégia para modificar estes fatores condicionantes; necessidade de novas alternativas na ação de saúde pública; incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis; afinar mecanismos de concentração e negociação entre os setores sociais e institucionais; consolidar uma ação que se comprometa a reduzir gastos improdutivos; fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis; estimular a investigação na promoção da saúde, para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de liberdade, mudança e participação (BRASIL, 2002b; CZERESNIA; FREITAS, 2009).

O conceito de promoção da saúde permanece um campo em construção e convive com uma pluralidade de concepções (modos de pensá-la) e de agir (intervenção) (MENDES *et al.*, 2016), e a Carta de Ottawa continua sendo referencial teórico até os dias atuais (MALTA *et al.*, 2014; SILVA; BAPTISTA, 2015).

Nesse contexto, o conceito de saúde também passa por alterações que se adaptam ao contexto histórico, político e social em que uma determinada população está inserida. O conceito utilizado e com maior aceitação é a concepção ampliada de saúde como resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, exigindo do Estado que assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas que garanta sua efetivação (BUSS, 2000).

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de

saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis (BUSS, 2000, p. 174).

A OMS disparou diversas iniciativas multinacionais para difundir a filosofia da nova promoção da saúde, no desenvolvimento e amadurecimento do conceito, e esclarecimento dos princípios norteadores, evidenciando a interface entre os conceitos de promoção da saúde, cidades sustentáveis, desenvolvimento sustentável e APS (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

De acordo com a OMS, os princípios da promoção da saúde são: (1) concepção holística de saúde – pautada na compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais; (2) equidade – ações que objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos a todos; (3) intersetorialidade – inserindo a temática sanitária na agenda de prioridades dos representantes políticos; (4) empoderamento – aumentar as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente; (5) participação social – participação de todos os sujeitos envolvidos na saúde; (6) ações multi-estratégicas – combinação de diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais; (7) sustentabilidade – garantia de sustentação econômico-financeira e institucional nos programas de promoção da saúde (BRASIL, 2002b; WESTPHAL, 2015).

Atualmente, reconhece-se a diversidade de formatos, experiências, projetos, programas, ações e iniciativas de promoção da saúde sendo levados a cabo que, invariavelmente, busca potencializar processos de mudança ao vincular a promoção da saúde à construção da autonomia dos sujeitos, à participação, a incessantes movimentos instituintes, a processos de subjetivação e atribuição de significados e sentidos para as experiências vividas. Há evidente preocupação quanto à mudança dos hábitos de vida da população brasileira nas últimas décadas, de modo que reduza a vulnerabilidade em adoecer, as incapacidades crônicas e a morte prematura dos indivíduos (MENDES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2014).

A promoção da saúde está vinculada à autonomia dos sujeitos na produção da saúde, porém é associada a noções como qualidade de vida e estilos de vida saudáveis, que estão sujeitas a funcionar de modo prescritivo, indutivo e normalizador. O princípio da autonomia indica uma abertura à convivência com o outro, pautada em

valores que respeitem a alteridade e a livre escolha. Implica a construção de espaços coletivos de troca que possibilitem o enriquecimento da comunidade e dos profissionais envolvidos, através do conhecimento do cotidiano, das estratégias locais, das possibilidades de cada sujeito (SUNDFELD, 2010).

No Brasil, o SUS, como política de estado pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde. Nesse sentido, a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no SUS, contribuiu para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006c).

A ideia moderna de políticas públicas saudáveis envolve um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença (BUSS, 2000).

O debate em torno da definição da PNPS transcorreu durante os anos 2000, sendo um primeiro documento de discussão apresentado em 2002, sua institucionalização aprovada em 2006 e sua redefinição, em 2014. No ano de 2002, o MS apresentou um documento para discussão intitulado 'Política Nacional de Promoção da Saúde'. O documento não foi encaminhado como política, mas já apresentava uma proposta concreta de formulação para a política nacional, aprofundando as bases conceituais da promoção da saúde a partir do resgate histórico da reforma sanitária, seus princípios e valores (SILVA; BAPTISTA, 2015).

O documento para discussão de 2002 não apresenta autoria. Trata-se de um texto que discute em profundidade a temática da promoção, numa interface com as ciências humanas e sociais. O uso de um vocabulário diferenciado e crítico chamou a atenção, e, apesar de enunciar-se como um documento propositivo da política, não apresentou estratégias ou ações para operacionalização de uma política pública de saúde (SILVA; BAPTISTA, 2015).

A PNPS proposta pelo MS em 2006, surge para o enfrentamento dos desafios de produção de saúde num cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde, a partir da qual se induz o desenvolvimento de várias práticas em todas as esferas do governo. A promoção da saúde se realiza na articulação sujeito/coletivo,

público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2006c).

Na PNPS, há um esforço em conceituar promoção da saúde a partir dos marcos legais das cartas de promoção da saúde internacionais. Assim, por meio de um panorama geral, a PNPS localiza o debate como estratégia de articulação transversal, com estreita relação com a vigilância em saúde, privilegiando o bem de todos e a construção de uma sociedade solidária, cujo objetivo geral se concentra em torno da redução de vulnerabilidade e riscos à saúde e da qualidade de vida (SILVA; BAPTISTA, 2015).

Entre os objetivos específicos da PNPS, destacam-se incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na AB; contribuir para o aumento da resolutividade do SUS, estimular alternativas inovadoras; valorizar e otimizar o uso de espaços públicos de convivência e de produção de saúde; contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas; prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2006c).

O texto da PNPS aponta como prioridade de ação temas como: alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006c).

Buss e Carvalho (2009) identificaram, após uma revisão de documentos, a existência de algumas barreiras no processo de implantação das políticas públicas de saúde com vocação promocional, principalmente em decorrência do modelo burocrático-gerencial e da gestão fragmentada e desarticulada do Brasil, faltando principalmente ações de intersetorialidade, apesar dos avanços ocorridos (BUSS; CARVALHO, 2009).

A criação do NASF foi uma das estratégias governamentais para implementação da promoção da saúde no país, com o objetivo de apoiar a consolidação da AB no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2008). A política do NASF estabelece atuação intersetorial e em ações interdisciplinares,

educação permanente, noção de território, a integralidade, a participação social, a educação popular, a promoção da saúde e a humanização (BONALDI; RIBEIRO, 2014).

Entre 2008 e 2011, a PNPS foi incluída na agenda Interfederativa, por meio do Pacto Pela Vida. A partir de 2011, no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), também foram inseridos indicadores de promoção da saúde. Ações também foram inseridas em 2011 no Plano Nacional de Saúde (2011-2015) e no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2011-2015), destacando-se a implantação do Programa Academia da Saúde, a expansão do Programa Saúde na Escola e o Projeto Vida no Trânsito. Em 2011, no Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (2011-2022), foram priorizados os quatro principais fatores de risco modificáveis: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas (MALTA *et al.*, 2014).

As ações intersetoriais avançam em relação à cultura institucional pautada por ações isoladas, setorializadas, procurando harmonizá-los com as diversas políticas que promovem o avanço na efetivação dos princípios do SUS e na inclusão e justiça social, repercutindo nas diversas políticas no âmbito da saúde e setores afins (MALTA *et al.*, 2014). A publicação da PNPIC é um exemplo disso. Na busca pela integralidade da atenção à saúde, o MS apresentou a PNPIC em 2006, e uma atualização em 2018, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta política deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2018).

Em 2014, o documento da PNPS de 2006 passou por um processo de redefinição, resultado de 'múltiplos movimentos simultâneos' envolvendo o Grupo de Trabalho de promoção da saúde da ABRASCO, MS, OPAS e o Comitê Gestor da PNPS. A PNPS foi revista, ampliada e publicada por meio da Portaria nº 2446 de 2014. A redefinição da PNPS justificou-se no próprio texto pela necessidade de incrementar as ações de promoção da saúde no território, garantindo sua consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2014).

O enunciado da política fundamenta-se no conceito ampliado de saúde e nos referenciais teóricos da promoção da saúde, buscando a produção da saúde nos âmbitos individual e coletivo, enfatizando a necessidade de articulação intra e intersetorial e da RAS com as demais redes de proteção, privilegiando a participação e o controle social. Dentre as mudanças, o documento estabelece um conjunto de valores considerados fundantes no processo de efetivação da política, quais sejam: solidariedade, felicidade, ética, respeito à diversidade, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social (SILVA; BAPTISTA, 2015).

No Brasil, as estratégias promocionais, assim como o desenho e implementação de políticas públicas para a saúde, têm esbarrado na estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado, no predomínio da cultura setorial e competitiva, na ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e no predomínio da racionalidade biomédica nas arenas da saúde. Contudo, existem fortes indicações de que o campo da promoção da saúde continuará em trajetória ascendente no país, nos campos da política pública, da ciência e tecnologia, assim como dos movimentos sociais (BUSS; CARVALHO, 2009).

Outro ponto que merece ser destacado para implementação da promoção da saúde nos serviços do SUS é a formação dos profissionais. Superar o modelo biomédico, ainda hegemônico na área da saúde, não é tarefa simples, inclusive porque este está vinculado ao modelo de organização dos cursos, que existe há muito tempo e que formou a maioria dos professores que atualmente atuam nos cursos de formação inicial da área da saúde (LOCH, 2015). Docentes e discentes precisam incorporar a compreensão da saúde como recurso para a vida determinado socialmente, com responsabilização compartilhada entre de sujeitos, profissionais e demais segmentos da sociedade (SOUZA, 2013).

A formação do profissional de saúde é considerada um nó crítico para a efetivação do SUS (FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018). Acrescenta-se ainda que o fisioterapeuta deve desenvolver-se teórico-conceitualmente sobre o movimento do corpo humano e suas implicações biopsicossociais, tornando a profissão autônoma o suficiente para reconhecer a necessidade de reestruturar sua formação e desenvolvimentos para além da biomedicina e biomecânica, contemplando as ciências sociais e humanas (MIRANDA, 2019).

O movimento da promoção da saúde se propõe a superar os vazios do modelo biomédico, articulando toda a sociedade em prol da melhoria da qualidade de vida dos

indivíduos e do coletivo (SILVA *et al.*, 2014; VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014). Um dos desafios para a saúde atualmente é que não basta conhecer o funcionamento das doenças e eleger mecanismos para o seu controle, supondo haver apenas falta de conhecimento das informações técnico-científicas adequadas. Percebe-se, também, que os temas são complexos e singulares, como a saúde e a vida, relacionados amplamente com o contexto social, a cultura e com as subjetividades, cuja magnitude as evidências científicas parecem não alcançar (MENDES *et al.*, 2016).

A promoção da saúde ainda precisa ser compreendida em sua abordagem mais moderna, a qual abrange os determinantes distais do processo saúde-doença que incluem o lazer e a cultura. Ao reconhecerem essa amplitude, espera-se que gestores e profissionais relacionados à cultura, esporte e lazer ampliem investimentos na consolidação dessas práticas (SILVA *et al.*, 2014).

Outro fator importante na consolidação das práticas de promoção da saúde é a participação comunitária. Um dos princípios das intervenções em promoção da saúde é a participação da população em todas as fases de planejamento, desenvolvimento e realização dos programas. Dessa forma, é imprescindível que se conheçam as crenças, os valores, os significados e os objetivos da população em relação à promoção da saúde, bem como o papel da fisioterapia neste processo (AUGUSTO *et al.*, 2011). Para todas as ações propostas pela equipe da AB, e imprescindível nas práticas do fisioterapeuta na AB, a participação dos usuários é primordial, uma vez que todas as políticas vinculadas ao âmbito dos cuidados primários requerem uma atenção acolhedora, humanizada, resolutiva e com ampla participação dos usuários (ALELUIA *et al.*, 2017).

Constitui-se um desafio também avançar na ação intersetorial, buscando articular ações destinadas a públicos específicos como a promoção da saúde no ambiente do trabalho, na comunidade, buscando avançar em projetos destinados à melhoria da mobilidade urbana e na inclusão de pessoas com deficiência e idosos. Outro desafio consiste em avançar nas ações intersetoriais referentes ao planejamento urbano, remodelação do espaço físico urbano, e definição de políticas públicas voltadas para o ambiente urbano (MALTA *et al.*, 2014).

Em análise da implementação da PNPS, Malta e colaboradores (2014), destacaram avanços na inserção de programas de promoção da saúde na programação orçamentária; financiamentos destinados aos municípios e estados para

projetos de atividade física e práticas corporais; avanços expressivos na vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco e proteção das DCNT; e avanços na avaliação dos projetos, nas parcerias, na capacitação de recursos humanos e na mobilização social. É necessário ampliar as discussões sobre a saúde junto aos gestores, profissionais e sociedade civil, ampliando as possibilidades de intervenções efetivas e mais universais na melhoria da qualidade de vida da população (SILVA *et al.*, 2014). O campo da promoção está em processo de construção e ainda existe um grande caminho a percorrer, mas estão dados os passos para a sua institucionalização e fortalecimento (MALTA *et al.*, 2014).

No aniversário de 30 anos de Alma-Ata em 2008, a OMS publicou o Relatório *Primary Health Care Now More Than Ever* (Atenção Primária à Saúde agora mais do que nunca) convocando todos os governos a refletirem sobre a necessidade de pensar em quatro conjuntos de reformas que refletiriam a integração entre os valores dos cuidados de saúde primários e as expectativas dos cidadãos. Estes incluíam as reformas: da cobertura universal; na prestação de serviços que pudesse reorganizá-los em torno das necessidades e expectativas das pessoas; de políticas públicas que garantissem comunidades mais saudáveis; de liderança em direção a uma do tipo inclusiva, baseada em negociação e participação, mais adequada à complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos (SORANZ; PISCO, 2017).

Fisioterapia no âmbito da Promoção da Saúde

A fisioterapia no contexto da promoção da saúde, vem buscando a mudança do paradigma reabilitador presente em sua gênese, enfrentando desafios para a consolidação sua prática profissional em uma abordagem holística da saúde, tendo como objeto de atuação a funcionalidade humana (BISPO JÚNIOR, 2013). Não é o fato de não reconhecer a reabilitação como competência do fisioterapeuta, mas um olhar para além dela. O fisioterapeuta deve considerar o conceito ampliado de saúde, e desenvolver suas habilidades com foco no princípio da integralidade, sendo a reabilitação um de seus instrumentos, uma vez que a integralidade do cuidado envolve as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação.

Bispo Júnior (2010) fez uma proposição a respeito do que chamou de fisioterapia coletiva, que possibilita e estimula a atuação também no controle de risco, ou seja, no controle de fatores que potencialmente podem contribuir para o

desenvolvimento da doença. Assim, a fisioterapia coletiva mostra seu potencial em trabalhar com populações e indivíduos saudáveis, atuando na perspectiva da promoção da saúde em busca da manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas.

A capacitação da força de trabalho para desenvolver e implementar práticas e políticas em promoção da saúde é hoje reconhecida como fundamental para sustentar as ações em promoção da saúde globalmente (BORGES, 2018). Contudo, muitas instituições de ensino ainda não incorporaram a promoção da saúde em seus projetos pedagógicos com a ênfase necessária. O não reconhecimento por parte dos graduados na área da saúde de suas competências necessárias para realizar atividades de promoção da saúde, repercute na atuação dos egressos que hoje estão no mundo do trabalho, o que compromete a prática nos serviços públicos de saúde (CARVALHO *et al.*, 2017b; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

O profissional propenso a inserir-se e atuar na abordagem promocional deve, além de suas habilidades e competências, agir em uma perspectiva educativa e política, criando um ambiente favorável à discussão das condições de vida, fortalecendo o diálogo intersetorial e incentivando a corresponsabilização dos sujeitos pela sua vida e saúde (BISPO JÚNIOR, 2013).

Embora a atuação do fisioterapeuta na AB venha ocorrendo lentamente, as práticas realizadas, em sua maioria, recaem no paradigma da recuperação da saúde e com escassas ações de promoção de saúde ou na instalação das condições incapacitantes (LOPES; GUEDES, 2019).

Souza (2013), ao escrever sobre as possibilidades da fisioterapia no contexto da promoção da saúde, relaciona aspectos como o caráter social da profissão, sua concepção holística da saúde e seu objeto de atuação baseado nos conceitos de funcionalidade e autonomia. O autor identifica três desafios para o fisioterapeuta atuar de maneira mais efetiva no escopo da promoção da saúde: mudança na formação profissional; compreensão da saúde como conceito complexo, ampliado, multideterminado e sensível aos contextos; e compreensão da autonomia como objeto de trabalho da profissão.

Souza (2013) também apresenta um quadro de situações no qual é possível verificar situações da prática fisioterapêutica baseada na promoção da saúde.

Quadro 3 – Ações de promoção da saúde: determinantes, ameaças à saúde e ações de promoção da saúde

Determinantes	Ameaças	Ações de Promoção da Saúde
Saúde materna e infantil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educação materna precária 2. Desnutrição materna e infantil 3. Ausência de assistência médica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construção de sala de situação envolvendo escolas e comunidade com o objetivo de promover ações educativas formais (programas de volta a sala de aula ou cursos profissionalizantes) e informais (promoção de oficinas com temáticas específicas sobre o desenvolvimento infantil da concepção à primeira infância). 2. Envolvimento de entes público em programas de segurança alimentar e nutricional. 3. Formação de conselhos de mães ou comunitários para gestão de problemas na rede de serviços de saúde e eleição para representação nos Conselhos de Saúde ou Gestores de Unidade.
Trabalho	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estresse 2. Sobrecarga física e mental 3. Informalidade 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proposição e viabilização de espaços para atividade de relaxamento e lazer durante a jornada de trabalho. 2. Elaboração de estratégias/ atividades preparatórias no fim da jornada de trabalho com o propósito de reduzir ou eliminar a transposição do estresse laboral para o domicílio. 3. Promoção de encontros com sindicatos, justiça do trabalho e trabalhadores para discussão dos benefícios sociais e previdenciários da formalização do contrato de trabalho.
Transporte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acidentes 2. Tempo elevado de percurso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lei Seca (instituída como parte da PNPS) 2. Promoção de atividades educativas com condutores e pedestres sobre a responsabilidade de cada um e sobre o elevado custo dos acidentes para as famílias e para a sociedade. 3. Incentivo às ações de carona amiga nas empresas.
Redes e suporte social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individualidade 2. Violência 3. Estresse 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoção de encontros para troca de experiências, formação de novas amizades a partir da descoberta de interesses comuns das pessoas. 2. Promoção de grupos de apoio com sujeitos em situação de risco social, promovendo atividades de inclusão. 3. Promoção de atividades de lazer, excursões e visitas a museus e parques.
Alimentação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extremos de acesso à alimentação 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realização de eventos para troca de alimentos. 2. Promoção de eventos sistemáticos para educação e elaboração de alimentação segura e saudável.

Estilo de vida	1. Sedentarismo 2. Tabagismo 3. Alcoolismo	1. Incentivo à prática de atividade física diária. 2. Mobilização para construção e manutenção de serviços de saúde relacionados ao tratamento de dependentes químicos.
Gradiente social	1. Desigualdade de renda	1. Mobilização comunitária e encaminhamento dos cidadãos para os programas sociais estatais

Fonte: Souza (2013).

As abordagens de promoção da saúde por fisioterapeutas precisam ser melhor difundidas, pois há espaço para aprimorar essa prática e para maximizar o impacto potencial na saúde das pessoas (LOWE; LITTLEWOOD; MCLEAN, 2018). As práticas descritas na literatura relatam experiências exitosas nos diferentes ciclos da vida. Um exemplo pode ser visto em pesquisa recente com inserção de tecnologia para estímulo à adoção de estilo de vida saudável pelo idoso, que amplia de forma inovadora e interativa a abordagem perante os aspectos próprios do envelhecimento, onde um aplicativo pode ser usado como recurso inovador aliando promoção de saúde e prevenção de agravos (SANTOS *et al.*, 2018).

As políticas de saúde têm sido impulsionadoras das práticas de promoção da saúde. O Programa Academia da Saúde revela grande potencial na melhoria das condições de saúde da população atendida nesses espaços, que deve funcionar em articulação com os outros serviços da RAS (GONÇALVES *et al.*, 2019).

A PNPIC e a PNPS, publicadas no mesmo ano (2006), em conjunto reforçam o conceito de promoção da saúde e das práticas que visam melhorias das condições de vida e saúde. A realização de oficinas, por exemplo, cria espaços de reflexão para que os futuros profissionais entendam a necessidade de incluir as Práticas Integrativas e Complementares em sua prática clínica e nos processos de trabalho, as quais se revelam potentes às necessidades do SUS, valorizando a integralidade em saúde e a promoção global do cuidado humano (ASSIS *et al.*, 2018). As Práticas Integrativas e Complementares podem ser inseridas na AB para ampliação do leque terapêutico, bem como em equipes e serviços especializados que matriciem a AB, contribuindo para sua educação permanente (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

No entanto, ainda percebe-se falta de apoio real dos gestores e equipes de SF no desenvolvimento das ações de promoção da saúde na AB, pois a visão institucional ainda é focada na produção e na pressão pelos atendimentos assistenciais aos usuários, em detrimento às ações de promoção da saúde, e existe uma grande

necessidade de disseminar as práticas corporais e de promoção da saúde no contexto da AB (RANDOW *et al.*, 2016).

Constata-se que existem importantes contribuições da nova promoção da saúde contrapondo o modelo assistencial privatista e procedimento-centrado, ao considerar pautas temáticas como a saúde como direito, iniquidades em saúde, intersectorialidade, determinantes sociais e concepção holística de saúde (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

Promoção da saúde é um conceito amplo e precisa ser inserido na formação de recursos humanos para a saúde e no cotidiano dos serviços. A interdisciplinaridade e intersectorialidade articulada entre trabalhador e gestor municipal, estadual e federal, são essenciais para a consolidação da promoção da saúde, mas ainda representam desafios a serem superados para a melhoria da qualidade de vida da população (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

A promoção de saúde vai além de um nível de atenção, supera a organização hierárquica das políticas públicas de saúde e amplia o escopo de atuação profissional do fisioterapeuta, na perspectiva de tornar a saúde como foco principal do setor e das intervenções, utilizando os princípios e campos de atuação do movimento humano para resgatar o papel da saúde como recurso para a vida, requisito fundamental para a qualidade de vida (SOUZA, 2013).

2.4 Processo de trabalho em saúde e as ferramentas para o fisioterapeuta

Neste capítulo serão apresentados alguns conceitos sobre gestão, processo de trabalho e produção do cuidado em saúde, com objetivo de contextualizar aspectos que são inerentes ao trabalho do fisioterapeuta na AB.

Processo de trabalho em saúde

A finalidade de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não material, a produção do cuidado individual e/ou coletivo, que promete a cura e a saúde (MERHY et al., 2007). O trabalho em saúde se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, e é centrado no trabalho vivo em ato, visando a produção do cuidado (MERHY, 2007).

As ações são realizadas com base em um saber operante e em um dado modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho, para além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa aos primeiros (PEDUZZI, 2003). Refletir sobre o trabalho em saúde, considerando todas as suas especificidades, é o ponto de partida para compreender a produção do cuidado em saúde (BADUY et al., 2017). Os autores afirmam também que o cotidiano de uma unidade de saúde é o local onde os trabalhadores de saúde estabelecem relações entre si, com os usuários, gestores e outros atores presentes na sociedade. Sendo assim, a AB se configura como espaço para práticas de cuidado e produção de saúde (QUIRINO et al., 2019).

Desde o início dos anos 2000, a centralidade do trabalho humano no desenvolvimento dos sistemas de saúde vem sendo pauta de debates em todo o mundo (NUNES et al., 2017). Em 2006, a OMS lançou o “Relatório Mundial de Saúde 2006”, reconhecendo que a crise de trabalhadores em saúde tinha como desafios a escassez crônica de profissionais, os desequilíbrios regionais na distribuição desses, e as más condições de trabalho (OMS, 2007).

Considerando também a maior concentração, nos anos 2000, de empregos do setor saúde na esfera pública, tornou-se necessário debater sobre a gestão do trabalho no SUS, considerando a relevância do trabalhador de saúde na consolidação do sistema de saúde brasileiro. O princípio de descentralização do SUS desencadeou

a transferência de decisões antes centralizadas em âmbito federal e estadual para a gestão municipal, o que ampliou o número de estabelecimentos e postos de trabalho sob a gerência municipal, e trouxe alterações na organização, no funcionamento e na gestão de serviços, especialmente nos municípios que aderiram à ESF (NUNES *et al.*, 2017).

A AB é o nível de entrada em um sistema, onde as interações entre o planejamento/gestão e o processo de trabalho em saúde acontecem, na perspectiva de consolidar a integralidade das ações e a qualidade resolutiva da assistência (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

A gestão do trabalho no SUS deve garantir a participação dos trabalhadores na formulação de políticas públicas e a criação de espaços de negociação, além de contemplar o vínculo dos profissionais com o serviço e com a população assistida, característica indissociável do trabalho em saúde (NUNES *et al.*, 2017).

O mundo do trabalho em saúde é um campo de práticas que está ligado à própria constituição da sociedade, ou seja, constitui um campo da prática social (BADUY *et al.*, 2017). Nesse contexto, a estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho e tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2009a). No trabalho em saúde, usuário e trabalhador são envolvidos no processo de trabalho, onde a inter-relação entre esses dois sujeitos permite a construção dinâmica do cuidado em saúde, onde por meio de intensas relações o 'trabalho em saúde se coloca como um lugar de manifestação e produção de subjetividades' (BADUY *et al.*, 2017).

Desta forma, o trabalho em saúde é produzido no encontro de subjetividades, onde os limites das normas e técnicas são superados, conferindo certa liberdade ao trabalho em saúde, o que possibilita ao trabalhador a escolha do modo como produzir os atos de saúde (MERHY, 2007). O cuidado é o produto do trabalho em saúde e as necessidades de saúde são objeto das ações de saúde. O objetivo a ser alcançado por meio da produção desse cuidado é a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BADUY *et al.*, 2017).

Merhy e Feuerwerker (2009) contribuem para a compreensão do trabalho em saúde trazendo o conceito de 'trabalho vivo em ato', ou seja, o trabalho no momento de sua execução:

O trabalho vivo em ato compõe um processo de trabalho no qual interagem diversos tipos de tecnologias, definidas por esses autores como tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são representadas por máquinas, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras são simbolizadas pelos conhecimentos técnicos e pelo modo como o trabalhador aplica este conhecimento; e as tecnologias leves são definidas pelas conexões relacionais, como o vínculo e o acolhimento, características próprias do profissional, que é guiado por uma intencionalidade ligada ao campo do cuidado (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 11).

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, pautado nas relações entre trabalhadores de diversas categorias profissionais e usuários, em todas as etapas da produção dos atos de saúde, onde produção e consumo são indissociáveis e ocorrem simultaneamente (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Para construir sua identidade, é comum o profissional de saúde apegar-se ao seu núcleo de especialidade, o que dificulta abertura para interação nos espaços interdisciplinares. Também é identificado no mundo do trabalho, que entre gestores e equipes, há escassez de métodos para programar trabalho dialógico e interativo, criando instâncias de mediação, espaços protegidos e processos de contrato em que se estabeleçam metas e critérios para avaliação do trabalho (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No cotidiano de uma unidade de saúde, os trabalhadores estabelecem relações, e nesse espaço existem vários projetos em disputa, onde os trabalhadores agem, influenciam, desejam, afetam, são afetados e manifestam suas potencialidades com autonomia (BADUY *et al.*, 2017). O trabalho interprofissional depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial, nessa perspectiva, promove encontro entre distintas expectativas, obrigando os profissionais a comporem projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo, e o conceito de projeto terapêutico tem se mostrado útil para mediar esse tipo de relação (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Evidencia-se assim a importância da micropolítica do trabalho, compreendida como a possibilidade que cada um tem de governar o seu trabalho (BADUY *et al.*, 2017). O processo de trabalho, enquanto micropolítica, pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos,

buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários (MALTA; MERHY, 2003).

Carvalho *et al.* (2012) reconhecem a importância da categoria marxiana do trabalho para a compreensão das conexões sociais e transformações históricas das práticas de saúde, mas afirmam que a esta se soma a incorporação de outras categorias teóricas que elucidam dimensões processuais e intersubjetivas dessas práticas (CARVALHO *et al.*, 2012). Nesse sentido, a subjetividade é entendida como a maneira com que cada um de nós percebe o mundo social onde ela é produzida, e sendo assim, o trabalho em saúde é produzido no encontro de subjetividades (MERHY, 2002). No momento do encontro entre trabalhador e usuário, ou entre trabalhadores, cada um carrega consigo uma concepção de saúde e de cuidado, e é nesse momento de encontro que se materializa o ato de saúde, fruto de diferentes concepções, dando origem à micropolítica (BADUY *et al.*, 2017).

Merhy (2002) também nos apresenta, além do conceito de trabalho vivo em ato, o trabalho morto. Trabalho vivo em ato compreende o trabalho no momento de sua execução. Trabalho morto, considerando legados de Marx, é definido como produto de um processo de trabalho humano que se expressa por meio de instrumentos, ferramentas e normas utilizados no processo de trabalho em saúde. O trabalho vivo pode incorporar o trabalho morto, ao passo que o trabalho morto fica restrito a dimensão tecnológica.

O trabalho vivo é criativo, fecundo de novas práticas, e cabe ao trabalhador decidir entre realizar apenas o que é escrito nas normas e protocolos, ou fazer uso dessas com autonomia, ouvindo os anseios do usuário, e tornar sua prática um processo de diálogo, negociação e vinculação entre dois sujeitos que se encontram (BADUY *et al.*, 2017; MERHY, 2002). Os autores acrescentam que é nesse espaço que podem acontecer a invenção das práticas, tão necessárias para a efetivação do cuidado integral.

No cotidiano do trabalho a atenção centrada em procedimentos invade a rotina dos serviços, onde o modelo tecno assistencial ainda se faz muito presente, e acaba por inibir a prática do trabalho vivo em ato, onde a tecnologia leve, ou das relações pouco acontece (MERHY, 2002). Há que se construir um processo produtivo criador, que vise a transição tecnológica (diminuição das tecnologias duras e leve-duras e aumento das leves), no campo de tensionamentos que é o serviço de saúde, onde o

potencial criativo do trabalho vivo em ato disputa espaço com as forças cristalizadas do trabalho morto (BADUY *et al.*, 2017).

A maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial sobre o processo saúde e doença restrito. O enfoque de clínica ampliada, ou clínica do sujeito, sugere maneiras para integrar essas perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O trabalhador que realiza o trabalho vivo em ato depara-se com dificuldades, impossibilidades e obstáculos, e suas atitudes podem gerar estranhamentos, conflitos e rupturas, que desvelam contradições no processo de trabalho instituído (BADUY *et al.*, 2017). Nesse contexto, Peduzzi (2001) destaca a prática comunicativa, baseada no agir comunicativo proposto pelo filósofo Jünger Habermas (1981), caracterizada pela busca de consensos, onde os trabalhadores em saúde podem expor seus argumentos no cotidiano do trabalho e construir um projeto comum, que atenda às necessidades dos usuários.

Desse modo, compreender o trabalho em saúde é perceber suas especificidades e multiplicidades expressas pela relação existente entre trabalho vivo em ato e trabalho morto, pelo uso de diferentes tecnologias e pelo potencial criativo desse trabalho (BADUY *et al.*, 2017).

Para que o profissional de saúde exerça, junto à sua equipe na AB, a integralidade do cuidado para a sua população, o trabalhador precisa ser capaz de identificar os elementos envolvidos no processo de trabalho em saúde e seus papéis; analisar como é realizado o trabalho em sua equipe; identificar os determinantes que levam o indivíduo a adoecer; e identificar e aplicar as ferramentas para dar resolutividade às necessidades da área adscrita (CORREIA *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, para assegurar a qualidade em saúde, é fundamental abrir espaço para a liberdade criadora, para a autonomia profissional, bem como para a reinvenção de novas maneiras cotidianas de operar a instituição ou o seu local de trabalho. Também é preciso combinar a autonomia profissional com a responsabilidade dos trabalhadores com os usuários, o vínculo, enfatizando a responsabilização com o usuário, promovendo assim autonomia e responsabilidade profissional (MALTA; MERHY, 2003).

O trabalho em equipe na área da saúde é uma forma de organizar as práticas para uma abordagem ampla das necessidades de saúde, na perspectiva da integralidade considerada pelo SUS, e exige mudanças no modelos de saúde (PEDUZZI et al., 2013).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001). O processo de trabalho contempla como elementos constituintes objeto, instrumentos e agentes. O trabalhador, na categoria de agente do processo de trabalho, é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho (PEDUZZI, 2001). Acrescenta que por meio de atividades próprias de sua área profissional, cada um opera a transformação de um objeto em um produto, com a intencionalidade daquele trabalho específico, seguindo a teoria marxista do trabalho ao campo da saúde.

Peduzzi (2001) tipifica o trabalho em equipe em duas modalidades: equipe integrada de trabalho e equipe em agrupamento de agentes. O trabalho de uma equipe integrada, caracterizada pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações em saúde, apresenta comunicação intrínseca ao trabalho, projeto assistencial comum, diferenças técnicas entre trabalhadores especializados, arguição das desigualdades dos trabalhos especializados, especificidades dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho, autonomia técnica de caráter interdependente. Já a equipe agrupamento tem como aspectos principais a comunicação externa ao trabalho, diferenças técnicas entre trabalhos especializados, especificidades do trabalho especializado, comunicação estritamente pessoal, e autonomia técnica plena.

Em ambos os modelos de equipe, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções sobre os trabalhos especializados, seja na independência ou complementaridade. Portanto, a recomposição exige a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes (PEDUZZI, 2001). A autora enfatiza ainda que quanto maior a ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, mais próximo se está da equipe integração; e quanto maior a ênfase na especificidade dos trabalhos, mais próximo se está da equipe agrupamento.

A interprofissionalidade é definida por Peduzzi *et al.* (2013) como prática profissional em que se desenvolve o trabalho em equipe de saúde, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário na dinâmica da produção dos serviços de saúde, e é reconhecida como ferramenta essencial ao trabalho na ESF e NASF. Farias *et al.* (2018) afirmam que a interprofissionalidade é essencial no processo de trabalho em equipe, onde profissionais devem atuar de maneira humanizada, crítica e reflexiva, com o objetivo de aprimorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. Nesse cenário, se desenvolve a prática colaborativa, compreendida como práticas desenvolvidas por profissionais de diferentes áreas, com base na integralidade da saúde, envolvendo os usuários e suas famílias, cuidadores e comunidades, articulando saberes e compartilhando ações (FARIAS *et al.*, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2013).

A centralidade do papel dos trabalhadores constitui-se em grande desafio para a implementação da AB, pois é por meio dos encontros e relações instituídas entre trabalhador-trabalhador, e trabalhador-usuário que surgem as oportunidades de mudanças e melhorias na prática e no cotidiano dos serviços (NUNES *et al.*, 2015).

Antes do advento do PSF, havia uma hegemonia da abordagem clínica voltada para o corpo biológico e na assistência médica curativista, e já se identificava a necessidade de superação desse modelo assistencial (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000). Como estratégia de reestruturação do modelo assistencial, as diretrizes operacionais do PSF ressaltam, entre outros, o planejamento local e regional com base no pensamento estratégico e o trabalho em equipe, com destaque para o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1996). Práticas de educação, prevenção, promoção e abordagens em grupo devem ser estimuladas e incorporadas ao cotidiano da ESF de maneira transversal a todas as ações, no qual a clínica ampliada é uma potente ferramenta, onde o envolvimento dos profissionais nestas atividades qualificará a assistência por meio da interprofissionalidade e favorecerá o rompimento com as práticas curativistas (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

A implantação da ESF buscou alterar o modelo assistencial e o modelo gerencial predominantes, sugerindo novos arranjos no processo de trabalho das equipes e na relação dessas com os usuários, propondo mudanças no objeto de atenção, na forma de atuação profissional e na organização dos serviços (ANDRADE

et al., 2015). O objeto de atenção passa a ser o deslocamento do indivíduo para a família, e do interior dos serviços para o domicílio, onde para sua concretização se faz necessária a ação multiprofissional, presente na proposta do trabalho em equipe (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000). Nesse sentido, um desafio é colocado aos trabalhadores, que terão que construir novos saberes e práticas, que exigirão engajamento de toda a equipe na implantação de mudanças.

O cuidado das condições crônicas, por exemplo, requer troca de informações entre usuários com as mesmas condições e o trabalho interprofissional das equipes, pois trabalhar apenas com consultas de curta duração não é suficiente para o manejo das condições crônicas (SESA-PR, 2018). Na perspectiva de orientar a prática, foi desenvolvido em 2007 um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS, denominado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (MENDES, 2012).

Este modelo fundamenta-se na determinação social de saúde, nos elementos do Modelo de Atenção Crônica (*Chronic Care Model*), nas relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços de saúde, e em função da singularidade do sistema público brasileiro de atenção à saúde (SESA-PR, 2018; LOPES, 2019). O MACC se baseia na reorganização dos serviços e no autocuidado apoiado, no qual o papel da fisioterapia se torna fundamental dentro da nova ordenação assistencial, e engloba a visão ampliada de saúde (LOPES, 2019; MENDES, 2012).

O objeto de trabalho, na perspectiva do trabalho vivo em ato, assume seu sentido por meio da ação do trabalhador, do trabalho, de suas ferramentas, dos meios de trabalhar e do modo como organiza seus usos (SILVA *et al.*, 2019a). O trabalho em saúde envolve tecnologias que incluem instrumentos, equipamentos e máquinas (tecnologias duras), o saber técnico e os conhecimentos (tecnologias leve-duras) e as relações entre os sujeitos que se materializam em ato (tecnologias leves) (FRANCO; MERHY, 2012). Existe uma dimensão subjetiva nos atos produtivos do cuidado, que é potencializada pelos encontros no processo de trabalho. Nesse contexto, para que ocorra uma mudança no modelo produtivo, é necessário uma 'inversão no núcleo tecnológico dos processos de trabalho, que seja capaz de operar uma inversão nas tecnologias de trabalho com centralidade para o trabalho vivo', onde as tecnologias relacionais se sobressaem (FRANCO; MERHY, 2012).

Na continuidade das práticas para consolidação do SUS, mais uma vez o trabalho em equipe é valorizado com o advento do NASF, especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional (MÂNGIA; LANCMAN, 2008). Conforme regulamentação, o NASF “deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais da ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios” (BRASIL, 2008).

Considera-se um desafio aos profissionais de saúde o trabalho conjunto, integrado e intersetorial, com a participação dos usuários, para possibilitar a prática da nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS. Um aspecto desse desafio é a graduação desses profissionais, que não prepara de maneira satisfatória para o mundo do trabalho, e conseqüentemente, o profissional tem que aprender no ‘cotidiano da produção das ações de saúde, na imersão no trabalho coletivo e no território onde a vida acontece’ (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

O processo de trabalho em saúde apresenta especificidades, dentre elas a complexidade dos objetos de intervenção, a intersubjetividade (profissional-usuário e profissional-profissional) e a interdisciplinaridade (SILVA *et al.*, 2019a). Essas características remetem a necessidade de uma assistência na lógica do trabalho em equipe, permeada pelas mudanças nas políticas de saúde e nos modelos assistenciais, sendo um desafio para os trabalhadores a concretização dessa prática na ótica do conceito ampliado de saúde, visando a integralidade do cuidado.

Conhecimentos descontextualizados e disciplinas abordadas de forma segmentada na formação dos trabalhadores do setor saúde comprometem a visão ampliada do processo saúde-doença e a capacidade de trabalhar em equipe, o que implica na baixa resolutividade do cuidado, e evidencia a necessidade da abordagem interdisciplinar e intervenção interprofissional das questões de saúde (FARIAS *et al.*, 2018).

No campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir. Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção (MERHY; FEUERWERKER, 2009). A tarefa de produzir atos de saúde e cuidado deve ser compartilhada por todos os trabalhadores de uma unidade de saúde.

Ferramentas tecnológicas

As Diretrizes do NASF, apresentam algumas ferramentas tecnológicas para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF no apoio à atenção em saúde: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PTS) ((BRASIL, 2009b). Essas ferramentas contribuem de forma compartilhada com o trabalho das equipes apoiadas, articulando-se e integrando-se com as redes comunitárias e de atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2019a). É imprescindível que o profissional se apodere de tecnologias que permitam maior vínculo com os usuários e demais profissionais, para que o trabalho seja pautado na escuta e na confiança, permitindo acessar a singularidade, o contexto e o universo cultural, que enriquece e amplia o raciocínio clínico do profissional (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O **apoio matricial** em saúde é uma metodologia de trabalho que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, tanto no suporte assistencial quanto no suporte técnico-pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No âmbito do NASF, as diretrizes clínicas e sanitárias e os critérios de acionamento do apoio devem ser definidas de maneira compartilhada entre gestores, equipes de referência e equipe de apoiadores (BRASIL, 2009b).

O apoio matricial é considerado dispositivo norteador da atuação do NASF, com o qual se busca aproximar as UBS dos demais serviços componentes das RAS, por meio de apoiadores que estimulem a reflexão crítica e a educação permanente, ajudando na identificação e no enfrentamento de problemas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Apoio matricial é uma ferramenta potente para o trabalho em equipe, proposto como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho em saúde, pela oferta de apoio técnico especializado aos profissionais das equipes de referência, na perspectiva de aprimorar a AB (QUIRINO *et al.*, 2019). Esta estratégia de gestão do trabalho amplia a clínica e sua capacidade resolutiva, com base na lógica dialógica e reflexiva dos processos de trabalho instituídos (CAMPOS; DOMITTI, 2007; SILVA *et al.*, 2019b). Contudo, identifica-se a necessidade de apropriação da ferramenta do apoio matricial por parte dos trabalhadores, para ensejar um movimento em que profissionais das UBS e da equipe NASF atuem com corresponsabilidade, a fim de atingir a integralidade do cuidado em saúde (OLIVEIRA, 2014). Também foi

identificada a necessidade de revisão dos documentos norteadores do apoio matricial no NASF no intuito de transformar as organizações de trabalho previstas, para suprimir o descompasso do trabalho compartilhado entre as equipes ESF e NASF (BARROS *et al.*, 2015). O apoio matricial deve priorizar a personalização das relações interpessoais, com formas ativas de comunicação, e estabelecer critérios de organização do cuidado compartilhado (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Outra ferramenta tecnológica para o NASF é a **clínica ampliada**, ferramenta que se direciona a todos os profissionais da saúde na sua prática de atenção ao usuário. Conforme as diretrizes do NASF, a clínica ampliada significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários, caracterizada pelos seguintes movimentos: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do 'objeto de trabalho'; transformação dos 'meios' ou instrumentos de trabalho; suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009b). Nesse contexto, a clínica existe em conjunto com a política, pois o encontro ocorre entre modos de subjetivação fabricados no coletivo, no plano social, em que o instituído e o novo são forças em movimento: a clínica, então, é sempre uma interação complexa entre sujeitos (SUNDFELD, 2010).

O conceito de clínica ampliada almeja superar as limitações da clínica moderna orientada pela doença, centrada na lógica biomédica e que tem por objetivos a promoção da saúde, a prevenção, a cura de doenças e a reabilitação (SILVA *et al.*, 2019a).

O apoio matricial e a clínica ampliada são conceitos-ferramenta, considerados dispositivos que norteiam, circunscrevem e impulsionam a produção de determinados modos de fazer saúde. É por meio deles que se podem desenhar e operar as ferramentas tecnológicas de cuidado em saúde (SILVA *et al.*, 2019a).

O **projeto terapêutico singular** (PTS) também compõe o rol de ferramentas para o NASF. A discussão em equipe é um recurso gerencial importante, onde o PTS se configura como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (BRASIL, 2009b). A construção de um projeto terapêutico singular pressupõe a participação coletiva e uma concepção de sujeito que contemple os aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural, e refletem as concepções sobre produção do cuidado formatadas com base nas ações em saúde (PINTO, 2011).

O **Projeto Saúde no Território** (PST) é outra estratégia das equipes ESF e NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde (BRASIL, 2009b). O PST se fundamenta em 3 pilares: promoção da saúde, participação social e intersetorialidade. Mostra-se necessário um planejamento contínuo e coletivo para a construção do PST, com pactuação entre os atores envolvidos no processo para definir as responsabilidades de cada um (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A operacionalização do PTS e o PST requerem em sua operacionalização o trabalho compartilhado, a corresponsabilização, a construção do vínculo e a intersetorialidade (SILVA *et al.*, 2019a).

Um ponto essencial no processo de trabalho dos profissionais é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do NASF e equipe de SF e que devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio. A ferramenta tecnológica para essa pactuação é a reunião de equipe (BRASIL, 2009b).

Reunião de equipe também é uma ferramenta que facilita o planejamento, por meio da discussão de demandas prioritárias, da reflexão quanto à singularidade de cada uma delas, da construção de processos de cuidado que possam ser compartilhados com equipe SF e os usuários dos possíveis encaminhamentos para ampliação da resolução de problemas (SILVA *et al.*, 2019a).

Tanto os momentos de reunião entre as equipes quanto os espaços de matriciamento são encontros onde surgem diversas demandas, inclusive aquelas que extrapolam os limites da saúde. Esses espaços devem ser potencializados pelas equipes, tornando-se momentos de partilha, acolhida, troca, parceria e cuidado, no enfrentamento dos desafios cotidianos da dinâmica viva dos territórios (SILVA *et al.*, 2019a).

Em 2014, com vistas ao aprimoramento do processo de trabalho do NASF, o MS publicou na série Cadernos de Atenção Básica, número 39, material sobre as ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, trazendo como novas ferramentas de apoio o Trabalho em grupos, Genograma, Ecomapa, Atendimento

domiciliar compartilhado, Atendimento individual compartilhado e Atendimento individual específico (BRASIL, 2014).

A prática de **trabalho em grupos** constitui importante recurso no cuidado aos usuários da AB, e pode ser ofertado em diversas modalidades. Além de suprir a demanda, esta ferramenta deve ser pensada também para propiciar socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes, e construção de projetos coletivos (BRASIL, 2014). O trabalho com grupos constitui uma estratégia privilegiada que envolve um processo de subjetivação e estabelecimento de vínculos comunitários, como modalidade de atenção coletiva e cada vez mais frequente nos serviços de saúde, principalmente como prática educativa e preventiva (MENEZES; AVELINO, 2016; RECCO; LOPES, 2016).

O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que são proporcionados pelos grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento, na lógica do empoderamento e da participação dos sujeitos no processo de cuidado de sua saúde (BRASIL, 2014). O grupo operativo consiste em promover um processo de aprendizagem crítica, e é considerado uma ferramenta para auxiliar na mudança de comportamento, e pode ser centrado nos indivíduos, no próprio grupo ou na tarefa, onde o coordenador busca promover o envolvimento dos indivíduos nas ações propostas (GUEDES; LOPES, 2019; SESA-PARANÁ, 2018).

O **Genograma** ou árvore da família é um instrumento de abordagem familiar, e tem como principal objetivo organizar os dados referentes à família e seus processos relacionais, e possibilita analisar a estrutura da família, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade (BRASIL, 2014; GUEDES; LOPES, 2019). O genograma é considerado uma ferramenta estratégica na avaliação da família e seus padrões de relacionamento ao longo do tempo, pois sintetiza a constituição familiar em um único documento, contemplando estrutura familiar, hereditariedade, pontos de vulnerabilidade, relacionando aspectos biológicos e psicossociais (BRASIL, 2014).

Também de abordagem familiar, o **Ecomapa** fornece uma visão ampliada da família no mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade. Em geral é utilizado em associação ao genograma tanto para fins diagnósticos quanto em planejamento de ações em saúde. Enquanto o genograma identifica as relações dentro do sistema multigeracional familiar, o ecomapa

representa as interações da família com pessoas, instituições ou grupos sociais em determinado momento (BRASIL, 2014). O Ecomapa e o genograma exigem um complexo trabalho da equipe de saúde e do usuário, com necessidade de forte vinculação e confiança mútua para sua construção (SILVA *et al.*, 2019a).

O atendimento domiciliar individual ou compartilhado também são ferramentas disponíveis para os profissionais do NASF. O ambiente domiciliar é território íntimo e privativo da família, e nesse contexto, a presença do ACS auxilia imensamente a equipe de saúde a ter acesso a esse ambiente. Conforme a Portaria de Atenção Domiciliar nº. 963 de 2013, se organiza em três diferentes modalidades, sendo a modalidade 1 de responsabilidade da equipe SF, e as modalidades 2 e 3 sob os cuidados dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), de modo compartilhado com as equipes de AB (BRASIL, 2014).

O **atendimento domiciliar compartilhado** pode ter diversos propósitos, podendo servir tanto como recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal dos pacientes. Já o **atendimento individual compartilhado**, uma das intervenções mais frequentes na rotina de trabalho de um profissional do NASF, tem como propósitos fortalecer o vínculo preexistente de confiança do usuário com a equipe de SF e NASF, facilitar a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador, permitir a pactuação de ações por meio de um mediador externo, possibilitar ao apoiador contato com a realidade do paciente (BRASIL, 2014). A construção do vínculo é uma potente estratégia para transformação das práticas cotidianas de saúde (SEIXAS *et al.*, 2019).

A assistência domiciliar é fundamental para a atuação na AB, e como ferramenta de trabalho para o cuidado das pessoas, oportuniza o reconhecimento de riscos e fatores determinantes das condições de saúde no contexto da vida diária do usuário e da família (MEDEIROS *et al.*, 2012; MIRANDA, 2019).

O **atendimento individual específico** é uma demanda frequente nas UBS por parte dos usuários em relação aos profissionais que compõe a equipe NASF, e a lógica do apoio matricial contempla esta ferramenta. As necessidades do território, usuário ou família; a modalidade de NASF; e a conformação da rede do município podem influenciar na frequência de atendimentos individuais específicos. O primordial é que exista negociação, diálogo contínuo, postura ética e corresponsabilização por parte de todos os envolvidos (BRASIL, 2014). A prática do atendimento individual não

deve ser a mais frequente no processo de trabalho do NASF, contudo na prática ela tem se mostrado frequente, o que dificulta ações interprofissionais e a realização do cuidado integral (BRAGHINI; FERRETTI; FERRAZ, 2016; FERNANDES *et al.*, 2016).

Diante dos desafios envolvidos no processo de trabalho do NASF, as ferramentas tecnológicas orientam e devem estar inseridas nas práticas e no cotidiano das equipes NASF, visando a abordagem familiar e o apoio social em uma nova perspectiva da atenção à saúde (FERNANDES *et al.*, 2016; GUEDES; LOPES, 2019; QUIRINO *et al.*, 2019).

O NASF pode se configurar de diferentes formas e se remodelar a partir do cotidiano da AB (BRASIL, 2014), que é um território vivo e em constante movimento. A variabilidade de tarefas compartilhadas entre as equipes envolvidas no NASF foi apontada como característica do trabalho desse núcleo, onde o processo de trabalho se define pela pluralidade (GONÇALVES *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2019a). O trabalho do NASF é uma nova proposta de trabalho que compõe as políticas públicas, onde os processos de trabalho estão se constituindo, e ainda não apresentam definição e sistematização plenas (LANCMAN *et al.*, 2013).

A implantação do NASF contribui para a ampliação em número e diversidade de recursos humanos na AB, incentivando o trabalho multi e interprofissional, objetivando ampliar a resolutividade dos problemas de saúde da população (LANCMAN *et al.*, 2013). Diferenças regionais, composição das equipes e perfil das equipes de ESF influenciam o trabalho dos profissionais de saúde, o que por um lado oferece flexibilização das práticas de acordo com a população assistida, mas em contrapartida dificulta a consolidação dessas práticas (GONÇALVES *et al.*, 2015; LANCMAN *et al.*, 2013).

Diante do exposto, apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas pelo SUS, há evidências de que ainda temos desafios a superar na consolidação da mudança do modelo assistencial almejada pelos ideários da Reforma Sanitária Brasileira, dentre eles destaque para a hegemonia das práticas biologicistas (FARIAS *et al.*, 2018; MERHY; FEUERWERKER, 2009). Além disso, fica evidente que profissionais do NASF se deparam com dificuldades de distintas ordens no processo de trabalho, para a viabilização da proposta almejada pela portaria que o criou, buscando a garantia do acesso aos serviços e da resolutividade dos problemas de saúde da população (SILVA *et al.*, 2019b). Ainda é um desafio para os fisioterapeutas incluir na sua prática de trabalho os determinantes sociais no processo saúde-doença

dos usuários, contudo a abordagem familiar e social deve ser considerada na nova perspectiva de atenção à saúde das pessoas (GUEDES; LOPES, 2019).

A introdução de mudanças no trabalho em saúde requer envolvimento de todos, trabalhadores e gestão, na busca pelo aprimoramento dos processos de trabalho e melhora da qualidade do atendimento prestado à população, e conseqüentemente contribuição para avanços na política de AB brasileira (LANCMAN *et al.*, 2013).

3. INQUIETAÇÕES

3.1 Inquietação principal

Compreender as ações de fisioterapeutas na atenção básica no contexto da gestão, processo de trabalho e práticas profissionais.

3.2 Inquietações específicas

- Analisar o processo de trabalho dos fisioterapeutas e as repercussões decorrentes das práticas de gestão do trabalho;
- Conhecer as ações do fisioterapeuta na atenção básica e seus determinantes;
- Desvelar as práticas fisioterapêuticas encontradas sob a ótica da promoção da saúde.

4. PERCURSO DO MÉTODO

4.1 Cenário da pesquisa: o município de Londrina – PR

Londrina é um município brasileiro localizado no norte e interior do estado do Paraná, surgiu em 1929, e sua criação foi em 10 de dezembro de 1934, data em que se comemora o aniversário da cidade. Considerada uma cidade de grande porte, tem uma população estimada de 563.943 habitantes em 2018, e no último censo em 2010 possuía 506.701 habitantes (IBGE, 2018). É a segunda cidade mais populosa do Paraná e a quarta mais populosa da região Sul do Brasil (PML, 2018).

Do ponto de vista geoadministrativo, o município é dividido por 8 distritos: Londrina como distrito sede, e sete distritos rurais: Warta, Lerroville, Maravilha, Paiquerê, Irerê, São Luiz e Guaravera (ALMEIDA, 2013). A Região Metropolitana de Londrina foi instituída em 1998, sendo formada pelos Municípios de Londrina, Cambé, Rolândia, Ibiporã, Sertanópolis, Bela Vista do Paraíso, Jataizinho, e Tamarana, totalizando 766.682 habitantes (PML, 2018).

Na economia predomina como setor primário o comércio e serviços, seguido da indústria e agropecuária. O município é a sede mais urbanizada e industrializada de toda a região norte do estado, decorrente do processo de ocupação territorial (ALMEIDA, 2013).

Estrutura demográfica

A densidade demográfica do município é de 306,52 habitantes/km², segundo IBGE em 2010 (IBGE, 2018). Os principais grupos imigratórios de Londrina são italianos, seguidos por portugueses, japoneses, alemães e espanhóis. Outros grupos imigratórios menores são os árabes, judeus, britânicos, chineses, argentinos, holandeses, poloneses, ucranianos, tchecos e húngaros. Estima-se que mais de um terço da população seja descendente de italianos, e a comunidade japonesa do município é a segunda maior do Brasil (PML, 2018).

A população economicamente ativa era de 205.932 pessoas em 2016, correspondendo a 37,2% da população, com salário médio mensal dos trabalhadores formais de 2,8 salários mínimos (IBGE, 2018).

O índice de envelhecimento da população de Londrina era de 24% em 2000 segundo o IBGE, e em 2050 estima-se que será uma das cidades com maior índice de envelhecimento do Brasil (PML, 2018).

Saúde

Em relação à saúde, o município apresentou taxa de mortalidade infantil média de 8,68 óbitos por mil nascido vivos em 2014, e possui 133 estabelecimentos de saúde prestadores de serviço do SUS. As principais causas de mortalidade no município nos últimos 15 anos têm sido doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório (PML, 2018).

O município contava com 86 estabelecimentos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES em setembro de 2018 (CNES, 2017). Desses, 54 são UBS, distribuídas no território urbano e rural.

Londrina foi um dos municípios pioneiros no processo de descentralização do sistema de saúde. Ao longo de sua história, a cidade organizou seus serviços públicos de saúde orientada pelo e para o processo da Reforma Sanitária Brasileira, onde foi protagonista e modelo de estruturação de serviços para outros municípios (GIL *et al.* 2017).

Em 1970 o município reorganizou os serviços de saúde com ênfase na AB. A prefeitura municipal e a UEL firmaram convênio para incorporar o pronto Socorro Municipal ao Hospital Universitário. Em 1975, a UEL firmou convênio com a Fundação Kellogg e a OPAS, instituindo o Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar, para ampliação do número de postos de saúde com ênfase no atendimento materno-infantil (ALMEIDA, 2013).

Divergências políticas entre a gestão municipal e a universidade interferiram nos avanços. Ao final da década de 70, com um novo gestor na secretaria de saúde do município, foi dada ênfase na ampliação dos serviços de AB administrados diretamente pela prefeitura. Neste momento da história, Londrina tinha um total de quinze unidades de saúde, sendo onze da prefeitura (seis na área urbana e cinco na área rural), e quatro da universidade (duas na área urbana e duas na área rural) (GIL *et al.*, 2017).

Já na década de 90, o processo de descentralização e a rede de AB estabeleceram como porta de entrada do SUS a UBS. O PSF (criado em 1994), foi implantado em Londrina em 1995, com quatro equipes na zona rural. Em maio de 2001 expandiram-se de quatro para oitenta e uma equipes e em 2002 eram noventa e três equipes de ESF (ALMEIDA, 2013). Em setembro de 2018, de acordo com o CNES, o município possuía noventa e sete equipes de ESF.

Fisioterapia

A inserção do fisioterapeuta no município de Londrina em equipes do PSF se deu pela necessidade local, devido à uma grande demanda de indivíduos acamados encontrados pelas equipes de SF (GALLO, 2005). O fisioterapeuta foi inserido no serviço municipal em abril de 2002, e em 2005 haviam oito fisioterapeutas no PSF do município (TRELHA *et al.*, 2007).

Esta forma de inclusão influenciou a configuração do atendimento prestado. A inserção não foi seguida de uma organização e padronização do atendimento, fato observado pela ausência de uma diretoria específica para a fisioterapia e pela deficiência estrutural (GALLO, 2005).

De acordo com a assessora da Diretoria de Atenção Primária em Saúde (DAPS), da Autarquia Municipal de Saúde (MAS) em 2017, a história da fisioterapia começou com a necessidade de ter o fisioterapeuta na região rural. Desde 1995, quando iniciou o PSF, eram realizadas visitas domiciliares pelas equipes, que tinham um profissional fisioterapeuta para dar esse suporte aos acamados. O serviço foi crescendo, e quando surgiu o NASF, a administração municipal optou por ter profissionais fisioterapeutas em todas as UBS. No município, o fisioterapeuta está além do modelo sugerido para o NASF, que preconiza um profissional para cada nove equipes.

Para compor a equipe NASF, a gestão municipal usa o seguinte critério: na unidade de grande e extragrande porte, o profissional está presente cinco dias da semana; na unidade de médio e pequeno porte, os fisioterapeutas fazem rodízio, ficam na UBS de médio porte 3 vezes na semana, e na de pequeno porte 2 vezes na semana. Quando existe a necessidade de licenças, um fisioterapeuta de outra unidade faz a cobertura em parte do período de trabalho do profissional licenciado. Segundo dados do CNES, em agosto de 2017 eram dez equipes NASF cadastradas na modalidade NASF 1 no município de Londrina, sendo oito equipes com três fisioterapeutas cada e duas equipes com dois fisioterapeutas cada. Os fisioterapeutas realizam sua jornada de trabalho de 30 horas semanais, realizando a jornada ou no período da manhã ou no período da tarde.

As dez UBS rurais não estão cobertas por equipes NASF, porém existem quatro fisioterapeutas atuando nas mesmas, de um a três dias na semana em cada uma delas.

No mês de julho de 2017 Londrina contava com quarenta e dois fisioterapeutas vinculados a AMS do município, distribuídos nas seguintes funções: 1 na Diretoria de Vigilância em Saúde, 2 na Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde, 2 na Policlínica municipal, 4 no Serviço de Atenção Domiciliar, e 33 fisioterapeutas atuando em UBS. Desses 33, 4 atuavam em UBS rural e 29 profissionais estavam vinculados a equipes de NASF atuando em 54 UBS (CNES, 2017). Para esta pesquisa foram considerados apenas os fisioterapeutas que atuam diretamente nas UBS.

Conforme Tabela 1, todas as UBS contam com a presença do profissional fisioterapeuta. A frequência na unidade varia de um a cinco dias na semana, sendo menor a frequência nas unidades rurais, e maior nas unidades consideradas grandes, de acordo com a população adscrita. Em 15 (27,77%) UBS o fisioterapeuta está presente todos os dias.

Tabela 1 – Distribuição dos fisioterapeutas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS no município de Londrina - PR, 2017

NASF	UBS	Porte (P= pequeno, M = médio, G = grande)	População (projetada/2015)	Frequência do fisioterapeuta na unidade (dias na semana)
1	Marabá	G	13996	4
	Vila Ricardo/ Fraternidade	M	6442 / 4018	2
	Armando Guazzi	G	24675	2
2	N. Amparo	P	4958	2
	Ideal	P	4127	1
	Mister Thomas	P	3103	2
	Lindoia	G	13398	5
3	Cafezal	G	15506	4
	União da Vitória	G	11197	5*
	Itapoã	G	13537	4
4	Piza	G	16901	4
	San Izidro	M	8600	2
	Eldorado	M	8078	3
	Ernane	M	9145	3
5	Panissa	G	15636	5
	Tóquio	G	12016	2
	Bandeirantes	G	15392	5
	Alvorada	G	21692	3
6	Santiago	G	18565	5
	Jardim do Sol	M	7039	3
	Cabo Frio	G	16269	5
	Leonor	G	13780	5
7	Jamile Dequech	P	4215	1
	Ouro Branco	M	10186	4
	Pind	M	7535	5*
8	Maria Cecília	M	10599	5
	João Paz	M	10420	3
	Aquiles	G	12839	5
	Campos Verdes	G	12321	2
9	Guanabara	G	31949	2
	Centro	G	38458	5
	Vila Casone	M	8756	3
	Vila Brasil	G	18883	5
10	CSU	M	10417	2
	Carnascialli	M	10038	3
	Vila Nova	M	7518	2
	Milton Gavetti	M	9369	3
AB	Chefe Newton	G	15328	5
	Vivi Xavier	G	17657	5
	Parigot	G	12512	2
	Padovane	G	15	5
Rural	Guaravera	P	4357	3
	Maravilha	P	928	1
	Lerrovilhe	P	5721	3
	Warta	P	1725	2
	Paiquerê /Guairacá	P	2270 / 400	3
	Irerê/ Taquaruna	P	2432 /413	2
	São Luiz	P	1487	2
	Regina	P	2377	2
	Selva	P	1164	1
Três Bocas	P	1103	1	

Fonte: Diretoria de Atenção Primária à Saúde – DAPS do município de Londrina-PR, 2017

* Nas unidades de União da Vitória e PIND o fisioterapeuta responsável é residente, vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina - UEL

4.2 Delineamento do estudo

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, com referencial metodológico da análise do discurso.

A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo a mais apropriada para o conhecimento e a avaliação de problemas e políticas do setor de saúde (MINAYO, 2014). Esta modalidade de pesquisa possibilitou a compreensão do fenômeno das ações fisioterapêuticas e permitiu analisar as correlações com aspectos da gestão, do processo de trabalho e da promoção em saúde, propostos nesta tese.

4.2.1 Participantes e instrumentos

Após as devidas autorizações, no dia 28 de junho de 2017 a pesquisadora participou da reunião mensal dos fisioterapeutas com a gestão da AB do município. Foi cedido um momento neste encontro para que fossem apresentadas as intenções da pesquisa e seus procedimentos. Nesta oportunidade, estavam presentes vinte e seis, do total de trinta e dois fisioterapeutas que atuavam em UBS naquele momento (um fisioterapeuta encontrava-se em licença saúde no momento da pesquisa e não foi incluído no estudo). Foi aplicado um questionário de caracterização dos profissionais elaborado pela pesquisadora (Apêndice I). Os fisioterapeutas ausentes foram contactados posteriormente e também responderam ao questionário.

O intuito de traçar um perfil dos fisioterapeutas que atuavam na AB do município era garantir na seleção dos participantes que iriam contribuir com as entrevistas a heterogeneidade da amostra quanto aos seguintes aspectos: tempo de formação, titulação, tempo de atuação na AB, tipo de UBS de atuação (urbana ou rural), ser lotado em uma única UBS ou fazer rodízio.

Sendo assim, após análise dos questionários, inicialmente dezenove fisioterapeutas foram selecionados por conveniência para as entrevistas. Na sequência, as entrevistas foram agendadas por meio de aplicativo de celular, nas unidades de saúde, para que a interferência na rotina de trabalho fosse a mínima possível. A entrevista foi realizada pessoalmente pela pesquisadora com cada participante, e na maioria dos casos foi realizada na sala de atendimento fisioterapêutico na própria UBS, ou em alguma outra sala que estivesse disponível,

para garantir um ambiente tranquilo e sem interrupções. No decorrer das entrevistas, sentiu-se a necessidade de incluir no estudo as duas fisioterapeutas que atuavam na gestão, na Diretoria de Regulação dos atendimentos fisioterapêuticos - DRAS, e da enfermeira da DAPS, responsável pelos profissionais do NASF no município.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma técnica de coleta de informações sobre determinado tema científico, destinada a construir informações pertinentes sobre o fenômeno estudado (MINAYO, 2014). A entrevista semiestruturada está pautada em um tema sobre o qual se elabora um roteiro com perguntas principais, que no transcorrer da entrevista são complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista.

A entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos, apoiados no referencial teórico e nas informações que o pesquisador dispõe sobre o fenômeno em estudo (TRIVIÑOS, 2007). Esse tipo de entrevista facilita a abordagem, pode fazer emergir informações de forma mais livre, as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas, e assegura que os pressupostos serão abordados na conversa (MINAYO, 2014).

Para a condução das entrevistas semiestruturadas, foi elaborado um roteiro pela pesquisadora (Apêndice II), que foi ajustado para as entrevistas com os profissionais da gestão (Apêndice III). A construção do roteiro foi baseada nos tópicos identificados na revisão da literatura sobre a temática do estudo. O roteiro passou por teste prévio com fisioterapeutas que atuavam na AB em outro município do estado, para verificar se as perguntas disparadoras conseguiam trazer à luz respostas aos questionamentos propostos.

A entrevista é um momento de interação social entre dois sujeitos, e como atividade científica, permite ao pesquisador obter informações a respeito do fenômeno estudado (MARTINS; BICUDO, 2005). Minayo (2014) afirma que por ter apoio em um roteiro, esta modalidade de entrevista facilita a abordagem e assegura que seus pressupostos serão cobertos na conversa. Acrescenta ainda que o roteiro permite flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas trazidos pelo interlocutor considerados relevantes, facilitando a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação.

As entrevistas foram registradas por um gravador da marca Sony, modelo IC *recorder* e por um *smartphone* da marca Samsung, garantindo o registro das falas, sem risco de perda do material.

As entrevistas ocorreram entre os meses de agosto e outubro de 2017.

Também foi utilizado como instrumento de pesquisa o diário de campo, estratégia para auxiliar no processo de compreensão do fenômeno estudado (MINAYO, 2014). O diário permite registrar as subjetividades do encontro entre entrevistador e entrevistado. Após a realização de cada entrevista, a pesquisadora registrava suas observações quanto ao espaço em que a UBS estava alocada, estrutura física, características da sala de espera, acolhimento para a entrevista, intercorrências quando presentes, e suas percepções iniciais sobre o conteúdo das falas.

4.2.2 Construção e análise dos resultados

Foram realizadas vinte e duas entrevistas, sendo dezenove fisioterapeutas que atuavam na UBS, duas fisioterapeutas do setor de regulação e uma enfermeira da DAPS. As entrevistas variaram entre 25 a 82 minutos, e totalizaram aproximadamente 16 horas de áudio.

As transcrições foram realizadas pela pesquisadora no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018, onde buscou-se preservar todas as características possíveis.

Após o processo de transcrição, foram atribuídos códigos nas falas dos entrevistados para a garantia do sigilo. Utilizou-se a letra F (fisioterapeuta), numerada conforme a ordem de realização das entrevistas; FR (fisioterapeuta reguladora) 1 e 2; e DAPS (enfermeira da Diretoria de Atenção Primária à Saúde) responsável pela gestão dos fisioterapeutas.

A análise do material obtido foi pautada no referencial metodológico da análise do discurso, criada pelo filósofo francês Michel Pêcheux na década de 60 (MARTINS; BICUDO, 2005). Esse autor propôs como quadro epistemológico de trabalhar a linguagem articulando três regiões do conhecimento: o materialismo histórico, como teoria das formações sociais; a linguística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação; e a teoria do discurso, como determinação histórica dos processos semânticos (MINAYO, 2014). O objetivo principal da análise do discurso, segundo Pêcheux, é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos, visando a compreender os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos.

Os pressupostos básicos da teoria de análise do discurso podem resumir-se em dois princípios, segundo Pêcheux: (1) o sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo. Ao contrário, expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio histórico no qual as formas de relação são produzidas; (2) toda formação dissimula, pela pretensão de transparência, sua dependência das formações ideológicas (MINAYO, 2014, p. 319).

Nesta pesquisa, considerou-se a análise do discurso proposta por Martins e Bicudo (2005), composta por dois momentos: a análise individual ou ideográfica e análise geral ou nomotética.

A análise ideográfica é composta pelas leituras das falas, quantas vezes forem necessárias para reconhecimento inicial do material produzido pelos discursos. Nesse momento, é fundamental que o pesquisador situe diante de si o fenômeno que está sendo estudado e que tente se colocar no lugar do sujeito a fim de viver a experiência (MENDONÇA, 2012). Na sequência, o pesquisador discrimina as unidades de significado que vão surgindo, sintetiza essas unidades, e depois reagrupa os constitutivos relevantes (convergências dentro do discurso de cada entrevistado). As unidades de significado são palavras ou frases que apresentam sentido na perspectiva do fenômeno estudado, e são percebidas pelo pesquisador (MARTINS; BICUDO, 2005). Nessa análise deu-se origem a 1108 falas individuais.

Na análise geral ou nomotética acontece a compreensão e articulação dos casos individuais, por meio de aproximação das convergências e divergências destacadas dos discursos pelo pesquisador. Após novas leituras, é possível extrair das falas individuais generalizações, e essa etapa leva à construção de categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado. As categorias construídas foram: gestão e processo de trabalho, ações fisioterapêuticas e promoção da saúde.

Foi utilizada a recomendação de critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa - recomendação COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007), para verificação dos critérios descritos no percurso metodológico.

4.3 Aspectos éticos

Esta pesquisa atendeu aos aspectos éticos contemplados na Resolução 466/2012 de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres

humanos. Foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEL por meio do CAAE 67961917.0.0000.5231, parecer 2.125.777 de 19 de junho de 2017 (Anexo I).

Foi solicitada à AMS de Londrina a autorização para realização da pesquisa. Após análise do projeto de pesquisa, foi autorizada a realização da mesma em 22 de junho de 2017 por meio do parecer C.D.08/2017 (Anexo II).

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, tiveram oportunidade de esclarecer suas dúvidas, concordaram com a participação e na sequência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice IV). A identidade dos entrevistados foi preservada na análise e divulgação dos resultados. As gravações foram apagadas após conferência do registro detalhado das transcrições.

5. CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

5.1 Mapa conceitual

A análise dos resultados culminou na elaboração do mapa conceitual ilustrado na Figura 1.

Com ele pretende-se fazer uma síntese dos tópicos que emergiram na análise dos resultados, contemplando os fatores percebidos nos relatos dos fisioterapeutas e nos registros do diário de campo referentes ao serviço de fisioterapia na AB do município de Londrina-PR, no contexto que envolve as três categorias originadas da análises: gestão e processo de trabalho, ações fisioterapêuticas e promoção da saúde.

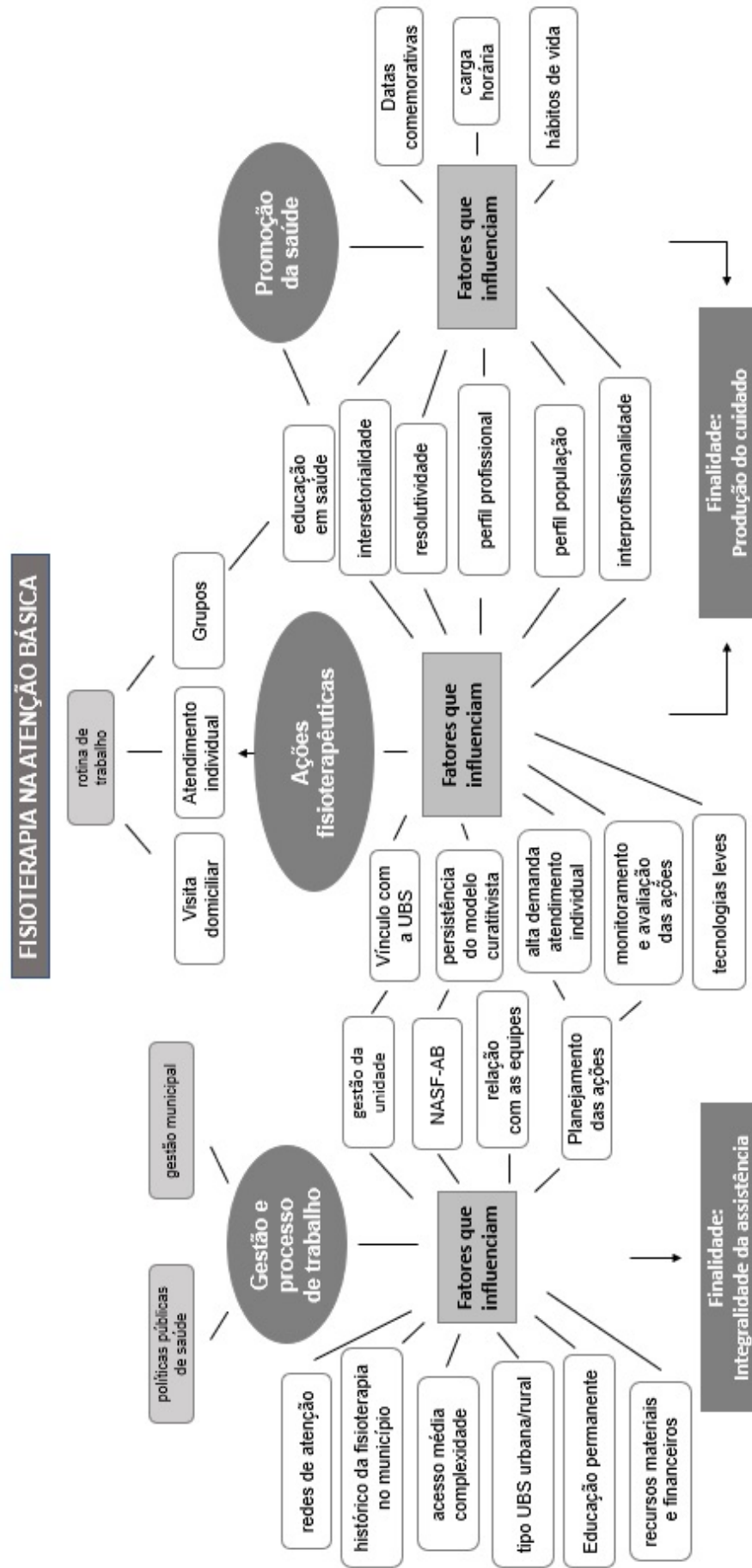
Tais tópicos, descritos na sequência, são analisados conforme literatura pertinente, culminando na discussão desta tese.

O que se adianta é que o processo de trabalho do fisioterapeuta na AB, considerando-se a política do NASF, suas diretrizes e ferramentas tecnológicas é um processo dinâmico e complexo, que está sujeito à influência de diversos fatores e atores.

Como pode ser observado na figura, alguns fatores interferem em mais de uma categoria de análise. A categoria gestão e processo de trabalho tem como principais norteadores as políticas de saúde e a gestão municipal; a categoria ações fisioterapêuticas tem um padrão que envolve as ferramentas de atendimento individual, grupos e atividades domiciliares, e são influenciadas por políticas públicas de saúde, gestão, recursos físicos e materiais, equipes e relações interprofissionais, perfil dos profissionais e características de território e da população assistida; e a categoria promoção da saúde tem apoio na PNPS, sofre influência da organização do serviço e tem, junto com a categoria de ações fisioterapêuticas, a finalidade de produção do cuidado.

Também ficou evidente que a finalidade do serviço de fisioterapia na AB é oferecer: a integralidade da assistência, por meio da gestão e do processo de trabalho instituído; e produzir cuidados ao usuário com práticas fisioterapêuticas e ações de promoção da saúde pautadas no conceito ampliado de saúde e de seus múltiplos fatores.

Figura 1 – Mapa conceitual dos aspectos envolvidos nas ações do fisioterapeuta na atenção básica no município de Londrina –PR, 2019



5.2. Caracterização dos entrevistados

Foram contatados 32 fisioterapeutas que atuavam na AB do município de Londrina – PR no momento da realização desta pesquisa. A aceitação para participação foi unânime; não houve recusas. Todos os profissionais se mostraram dispostos a colaborar, com suas experiências, vivências e expectativas.

Dos 32 fisioterapeutas, 2 (6,25%) eram do sexo masculino e 30 (93,75%) do feminino, com média de idade de 36,25 ($\pm 6,96$) anos.

O tempo médio de formação em fisioterapia foi de 13,03 ($\pm 5,07$) anos, variando entre 5 e 29 anos. Em relação à instituição formadora, 25 (78,12%) profissionais eram egressos da UEL, 4 (12,5%) de instituições privadas de Londrina, e os demais (9,38%) oriundos de instituições públicas e privadas do Paraná e de Santa Catarina. O curso de fisioterapia da UEL é o curso mais antigo do Estado, com início em 1979.

Considerou-se relevante indagar sobre o tempo de formação, pois por muito tempo a formação de profissionais da saúde foi pautada no modelo biomédico curativista. Em relação à graduação em fisioterapia, esse problema é ainda mais agravado em virtude de sua atuação se concentrar em nível de média complexidade, já que os fisioterapeutas são reconhecidos pela sociedade como ‘profissionais da reabilitação’, ou seja, aqueles que atuam exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida (BISPO JÚNIOR, 2009; GALLO, 2005).

O modelo biomédico curativista, também conhecido como modelo médico-hegemônico, é aquele cujas ações são baseadas em procedimentos e saberes médicos, nos quais somente o corpo biológico é valorizado, sendo desconsiderados e deslegitimados os outros saberes sobre saúde que não se baseiem em conhecimentos ditos “científicos” sobre o tema (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Esse modelo de formação reabilitadora persistiu durante muitos anos, mesmo com mudanças significativas no perfil epidemiológico da população e na organização do sistema de saúde brasileiro, e contribuiu para a dificuldade de ampliação do campo de atuação da fisioterapia por um longo período, e para a ampliação da visão das possibilidades de atuação do fisioterapeuta na AB (BISPO JÚNIOR, 2009; SILVA; DA ROS, 2007). Em 2019, é possível considerar que a formação já concretizou avanços significativos, com destaque para o período após a implementação das DCN, em 2002, e a criação dos NASF em 2008.

A literatura já nos mostra a necessidade de ampliação das áreas de atuação profissional para reestruturar a profissão, a fim de estar em consonância com o atual

modelo assistencial proposto pelo SUS (BATISTON *et al.*, 2017; BERTONCELLO; PIVETTA, 2015; BISPO JÚNIOR, 2013; FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018; GONÇALVES; CARVALHO; TRELHA, 2012; MIRANDA, 2019; TEIXEIRA; MUNIZ; NAZARÉ, 2017). Também se destaca como condição indispensável à implementação de um novo modelo de atuação à saúde uma educação continuada e transformadora aos profissionais já graduados (BISPO JÚNIOR, 2010).

Torna-se necessário considerar aqui o perfil da formação dos fisioterapeutas atuantes no município de Londrina, porque o tempo de formação apresentou variação considerável, o que mostra que o município tem profissionais cuja graduação ocorreu com duração de três anos, período de pouca ou ainda inexistente abordagem em saúde pública, até profissionais com formação mais recente, motivo pelo qual se presume que a formação já contemplava as demandas de saúde pública e coletiva vigente no país.

A respeito da qualificação profissional, todos são especialistas em diversas áreas, sendo 8 (25%) na modalidade de residência em Saúde da Família ou subáreas da neurologia; 10 (31,25%) fisioterapeutas possuíam também o título de mestre, em sua maioria em Ciências da Reabilitação ou Saúde Coletiva; e 5 (15,62%) eram doutores ou estavam em processo de doutoramento, quase todos na área de Saúde Coletiva. Esses dados refletem o elevado nível de capacitação dos profissionais que atuam no município. A busca pelo conhecimento em especialização, residência multiprofissional, mestrado e/ou doutorado reflete tratar-se de profissionais engajados na atuação profissional, efetivando a formação continuada.

O tempo médio de atuação na AB foi de 6,8 ($\pm 4,9$) anos, variando de 3 a 20 anos. Metade dos participantes trabalha de forma fixa em uma única UBS, enquanto os demais trabalham em sistema de rodízio; os que faziam rodízio atuavam em duas ou três unidades.

Assim como o tempo de graduação, o período de atuação na AB também variou consideravelmente. Dentre os fisioterapeutas existem tanto aqueles que estão na rede municipal desde o início do processo de construção do serviço de fisioterapia, com contratações temporárias, vivenciando os avanços e desafios, quanto os que ingressaram há três anos, no concurso público de 2014.

Para metade dos fisioterapeutas o vínculo com o município era o único emprego, e a outra metade possuía outros trabalhos, como consultório particular, atendimento domiciliar, vínculo com outro município e atuação na docência.

A motivação para atuar na saúde pública veio de diferentes experiências e expectativas. Alguns tiveram o despertar pela área ainda na graduação, por intermédio de professores, disciplinas e projetos de extensão, sendo esse último o que evidenciou maior influência. Outros buscaram a estabilidade profissional em um concurso público. A residência multiprofissional em SF também foi um grande estímulo para muitos fisioterapeutas, que puderam vivenciar em nível de pós-graduação o que ainda é pouco abordado na graduação em fisioterapia, como trabalho em equipe, conceito ampliado de saúde e ações voltadas para a AB.

Ao analisar os motivos que influenciaram a escolha por ser fisioterapeuta na saúde pública brasileira, na AB em saúde, é perceptível o quanto a formação durante a graduação é capaz de entusiasmar os futuros profissionais. Esse entusiasmo pode vir de disciplinas, projetos de extensão e falas de docentes que enfatizam a importância de formar para o SUS, onde o fisioterapeuta é protagonista no desenvolvimento da integralidade e na resolutividade da assistência (BATISTON *et al.*, 2017; BISPO JÚNIOR, 2010; MIRANDA, 2019; TEIXEIRA; MUNIZ; NAZARÉ, 2017).

Possibilidade de estabilidade oportunizada por concurso público, habilidades pessoais e experiências em estágio supervisionado em Saúde Coletiva surgiram como potentes fatores na escolha da área profissional que se almejava atuar. Vivências em projetos multiprofissionais se sobressaíram nos resultados e foram destacadas como fundamentais para o despertar nos profissionais, enquanto acadêmicos, no interesse para trabalhar na AB.

‘Eu acho que a influência do projeto de extensão de trabalhar em equipe me influenciou a fazer uma residência multiprofissional em saúde, e depois o concurso a trabalhar como NASF (F15)’.

‘Então desde o segundo ano de faculdade, em projeto multi, não dá para trabalhar sozinho para cuidar de alguém, ser só fisio é muito pouco. Então ...eu pensei é isso que eu quero ... a faculdade que me direcionou (F13)’.

Percebeu-se nas falas de muitos fisioterapeutas que a formação acadêmica com oferta de conteúdos e vivências na AB tem papel fundamental na escolha pela área de atuação profissional. É desejável que os cursos de graduação em fisioterapia oportunizem a inserção dos estudantes na AB desde o início do curso. A integração ensino-serviço-comunidade com a proposta de promover a saúde e prevenir seus

agravos, rompe o paradigma de que a formação e a atuação do fisioterapeuta sejam realizadas apenas em nível de média e alta complexidade (BATISTON *et al.*, 2017; GAUER; FERRETTI; TEO, 2018; MADRUGA *et al.*, 2015). Vivenciar experiências na UBS pode levar os acadêmicos a reflexões sobre a complexidade do trabalho na AB, e assim, dialogar com seus pares na construção do conhecimento sobre esse nível de atenção.

Já transcorreram onze anos desde a criação dos NASF-AB, e ainda é possível identificar matrizes curriculares que priorizam em quase sua totalidade, salvo exceções, a formação fisioterapêutica embasada no modelo biomédico curativista, limitando as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na AB (BISPO JÚNIOR, 2009). Muitos fisioterapeutas vão para o mundo do trabalho sem vivência nessa área, ou as experiências ocorrem de forma tardia e pontual durante o curso, acarretando certa limitação teórica e uma dificuldade de desenvolver habilidades para a atuação nesse nível de atenção, o que evidencia a necessidade de disciplinas com abordagem na AB de forma transversal à formação do fisioterapeuta (LUCENA, 2018).

O Caderno da Atenção Básica número 39 reconhece que a entrada de um profissional na equipe NASF traz um conjunto de desafios, pois, “comumente, os profissionais de saúde não receberam formação nas graduações e pós-graduações em saúde para trabalhar na lógica do apoio matricial, o que pode dificultar a prática” (BRASIL, 2014, pg.39). Outros desafios a superar são o trabalho em equipe, o vínculo e a coordenação do cuidado, necessidades dos profissionais do SUS ainda pouco abordadas durante a formação em fisioterapia.

O perfil do fisioterapeuta influencia diretamente sua prática. Foram entrevistados fisioterapeutas com 5 até 29 anos de formação, e com tempo de atuação na AB que variou de 3 a 20 anos. Destacamos que os extremos do tempo de formação e de tempo de atuação na AB podem influenciar positiva ou negativamente a prática profissional. Encontramos profissionais com pouco tempo de formação e atuação desmotivados, e fisioterapeutas com muitos anos de formação e atuação entusiasmados com seu trabalho.

‘Acho que dá até para inovar, sim. Porque eu sei, assim, cada fisio faz uma coisa diferente na sua UBS, e também vai de acordo com a demanda da população, assim né, com o público-alvo... Mas a gente não é engessado, não (F5)’.

'... Eu hoje me sinto bem amarrada no meu trabalho.... Eu tenho colegas que fazem muito mais coisas do que eu.... Você vai desanimando, porque você vê que tudo que você propõe não tá bom, não é bom, não vai dar certo aqui, entendeu? (F6)'

'Geralmente vem a coordenação, e tal, e a gente conversa e acaba saindo alguma coisa. Mas eu mesmo não sou uma pessoa assim que dou muita opinião, sabe (F9)'

'Mas eu de novo penso que o perfil, é o perfil do profissional. Porque eu gosto bastante de fazer os grupos, e aí eu acho que se de repente você entrar na rede, e você não tiver um perfil de atendimento para grupo, já não vai dar muito certo (F11)'

O perfil do profissional que irá atuar na AB deve ser de formação generalista, apresentando flexibilidade e criatividade, empatia/compaixão, autonomia e iniciativa, capacidade de trabalho em equipe e conhecimento sobre o SUS (GALLO, 2005).

O tempo de formação é um fator relevante a ser considerado, uma vez que a formação na área da saúde teve sua gênese pautada no modelo biomédico, o que pode representar dificuldades aos fisioterapeutas para atuarem na perspectiva interprofissional do cuidado integral (FARIAS *et al.*, 2018). Estudo com fisioterapeutas que atuavam na AB identificou que profissionais com maior tempo de formação e atuação não consideravam resolutiva a fisioterapia na AB (LIMA *et al.*, 2017), e supõe-se que essa concepção esteja relacionada às vivências durante a graduação.

Outros fatores podem influenciar no perfil profissional para o trabalho, como o local de atuação e equipe à que está vinculado. A interprofissionalidade é essencial no processo de trabalho em equipe (FARIAS *et al.*, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2013), e quando ela não acontece, pode levar o trabalhador a se sentir desmotivado para sua atuação enquanto membro de uma equipe multiprofissional.

Existem as dificuldades, mas quando o profissional tem o perfil para o trabalho na saúde pública ele consegue contorná-las. Se ele não tem esse perfil, o trabalho fica comprometido. Exemplos de superação das dificuldades foram relatados nas entrevistas: *'fiz um curso de postura, fui comprando todas as coisas, fui fazendo vaquinha também, sabe, a gente vai dando um jeito, porque não tem como pedir material, às vezes a gente não tem sala para atender... (F19)'*. Essas dificuldades se mostraram presentes porém contornáveis, não sendo barreiras intransponíveis para a prestação do cuidado, mas apenas dificultadoras (YAMAGUCHI, 2014). Esse tipo de profissional é chamado de trabalhador com potencial criativo, que produz o trabalho

vivo, fecundo de novas práticas que vão além de normas e protocolos (BADUY *et al.*, 2017; MERHY, 2002).

Em registros do diário de campo pode-se perceber que o perfil pessoal dos entrevistados reflete diretamente em sua prática profissional. Profissionais que atuam no município desde o início do serviço de fisioterapia, há 20 anos, mostraram-se engajados na busca constante por melhorias e avanços, o que leva à reflexão de que um dos pilares da construção de um serviço de saúde são os profissionais que nele atuam.

Os fisioterapeutas foram indagados sobre como percebem o fisioterapeuta na AB, e foram unânimes em dizer que pelo contexto histórico do trabalho nesse nível de atenção no município, que não conseguem mais imaginar a UBS sem a presença do fisioterapeuta, e também pelas diversas funções que o profissional realiza.

‘Eu acho que hoje não fica mais sem, Londrina não fica mais sem.... Por essa história toda de inserção precoce, tudo, eu acho que por um trabalho que foi bem feito pelas equipes que vieram no início (F4)’.

‘... então eu acho que o grande desafio é, o fisioterapeuta já é consolidado na atenção primária só que fazendo atividade curativista. É focar na prevenção e promoção mesmo (F19)’.

‘Hoje, dentro daquilo que a gente trabalha, como eu falei, multifunções, né... é um papel muito grande, e hoje é até impossível você não ter mais o fisioterapeuta dentro da unidade (F11)’.

A realidade de ter os fisioterapeutas em todas as UBS não é vista na maioria dos municípios brasileiros, por isso considera-se importante disseminar essa experiência que dá certo, para que o acesso à fisioterapia na AB possa ser considerado por outros gestores em um número maior de municípios.

Outro questionamento aos entrevistados foi sobre como seria possível melhorar a inserção do fisioterapeuta no contexto da AB. Os relatos convergiram para uma atuação mais diversificada de ações, indo de encontro às diretrizes propostas nas políticas públicas norteadoras sobre a atuação na AB, com ênfase na política do NASF.

‘Teria que melhorar essa parte, talvez assim, se você melhorasse a parte da fisio ambulatorial, talvez você tiraria um pouco essa demanda que vem para a gente que é dessa demanda individual para encaminhar. Daí assim, acho que tem

que diminuir essa parte para a gente ir se inserindo mais na promoção e prevenção (F5)'.

'Autonomia, mais autonomia do profissional para fazer as atividades e lutar por aquilo que é o NASF (F19)'.

Muitos entrevistados identificam os caminhos a serem percorridos para continuarem melhorando o serviço ofertado hoje no município, e para alcançar os objetivos é preciso maior aproximação com gestores no planejamento dessas metas.

5.3. Gestão e organização do serviço de fisioterapia no município

5.3.1 Histórico da estruturação do serviço

Os primeiros fisioterapeutas a trabalharem na rede municipal de Londrina atuavam no Serviço de Internação Domiciliar – SID em 1997, e foram contratados por meio de teste seletivo. A partir de então se iniciou um contato com a AB (GALLO, 2005). O início foi desafiador: *'quando a gente começou, a gente não tinha nenhum tipo de direcionamento. A gente foi ainda muito antes do NASF para a unidade, ... sem ideia do que a gente ia fazer. A primeira questão eram os acamados (F4)'*, e revelou o papel fundamental dos gestores na iniciativa de incluir a fisioterapia na AB no município.

A partir da criação do SUS e da redefinição organizacional da assistência por meio da ESF, em 1997 a fisioterapia passou a discutir questões e a ampliar seu campo com vistas a contribuir para a realização e a consolidação da AB (BRAGHINI; FERRETTI; FERRAZ, 2017). O município de Sobral-CE foi um dos pioneiros na inclusão do fisioterapeuta na equipe do PSF em 1999, tendo obtido êxito em trabalhar essa atuação dentro da lógica da prevenção de doenças, promoção à saúde, e ainda da lógica da assistência, ou seja, com vistas à atenção integral (VÉRAS *et al.*, 2004).

A inclusão de fisioterapeutas na AB, no entanto, é recente. Apesar de fazer parte de algumas equipes de SF por iniciativa de alguns gestores municipais, somente em 2008, é que os fisioterapeutas foram incluídos em equipes multiprofissionais por meio de uma política pública de saúde, o NASF.

Em 2000 foi realizado no município o primeiro concurso público para fisioterapeutas, para atuarem no Pronto Atendimento Infantil (PAI), construído naquele ano, após a criação do cargo de fisioterapeuta (GALLO, 2005). No serviço de pronto atendimento a ideia era ter dois ambulatórios, um de ortopedia e neurologia e outro de fisioterapia respiratória. Para tanto, cinco profissionais foram contratados por meio do concurso. Pela inexperiência nesse tipo de atuação, não havia um protocolo de atendimento. Fisioterapeuta da época reconhece que *'talvez os profissionais que ali estavam não estivessem engajados, por isso o trabalho não mostrou muitos resultados, e a ação se perdeu (F1)'*.

O gestor municipal da época decidiu então deixar apenas um fisioterapeuta no PAI e deslocar os demais para a AB, e solicitou o apoio dos profissionais que estavam na atenção domiciliar. Foi a primeira experiência de Londrina com a AB, nos anos 2000-2002. O fisioterapeuta foi incluído no PSF em 2002 em Londrina (GALLO, 2005;

TRELHA *et al.*, 2007). Antes desse ano, o serviço de fisioterapia municipal estava centralizado no SID e no PAI, como relatado acima, considerando-se apenas os profissionais diretamente vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

‘A primeira ação realizada foi o levantamento do número de pacientes acamados. Diante da expressiva quantidade de pacientes, o gestor municipal entendeu que o número de fisioterapeutas era insuficiente, e contratou mais dois profissionais por meio de teste seletivo. No início eram cinco fisioterapeutas para o município todo. O intuito da gestão da época era levar atendimento domiciliar aos acamados, mas após a inserção do fisioterapeuta na AB outras demandas foram surgindo (F1)’.

Em 2003 havia dez fisioterapeutas no município, cinco atuando na atenção domiciliar e cinco no PSF. A gestão percebeu que era preciso remanejar alguns profissionais da atenção domiciliar para a AB, e assim o fez. Ao final de 2003 muitas ações eram realizadas, e os fisioterapeutas *‘criaram um protocolo da fisioterapia com cinco frentes: grupo asma adulto, grupo asma infantil, grupo de atendimento domiciliar, atendimento individual e grupo de dor crônica (F4)’*. O atendimento domiciliar, segundo Freitas (2006), estava relacionado *“ao maior apelo para a justificativa da atuação”* do fisioterapeuta na AB, quando o profissional iniciou a inserção nesse nível de atenção.

Paralelamente ao PSF, em 2003 surgiu o Programa ‘Respira Londrina’, proposto por um médico, com o objetivo de melhorar a qualidade no cuidado das pessoas portadoras de asma brônquica (CERCI NETO *et al.*, 2005). Inicialmente o programa era voltado para adultos, mas por insistência de fisioterapeutas que se engajaram e lutaram para estender o atendimento às crianças surgiu o programa ‘Bebê Chiador’. Foram muitas lutas e conquistas, e tiveram a parceria de médicos pediatras. A demanda por atendimentos fisioterapêuticos foi criada nessa área, e a gestão municipal teve que se organizar para disponibilizar o atendimento em todas as UBS. Assim, considera-se que *‘o programa Bebê Chiador foi uma alavanca que trouxe a fisioterapia para todos os pontos de Londrina, foi um momento de expansão da fisioterapia no município (F4)’*.

No início, as ações profissionais foram dificultadas por falta de organização do processo de trabalho e pela falta de experiência dos fisioterapeutas em AB. Nessa época, eram escassas as experiências e diretrizes na literatura sobre a atuação do fisioterapeuta no PSF. Em 2005, havia oito fisioterapeutas atuando em 41 UBS (duas rurais). Na ocasião os fisioterapeutas atuavam um dia da semana em cada unidade,

com carga horária de seis horas diárias. As atividades eram desenvolvidas nos domicílios e nas unidades, onde normalmente não havia espaço destinado à fisioterapia, tampouco recursos materiais para sua atuação (GALLO, 2005).

Os fisioterapeutas que atuavam no PSF tinham estruturado um serviço no município de acordo com as demandas existentes, com características próprias. Os profissionais foram mostrando sua importância, o serviço foi crescendo e se expandindo, e quando surgiu o NASF a gestão municipal reconheceu ainda mais a necessidade de profissionais fisioterapeutas em todas as UBS.

Durante o processo de implantação do NASF, o cenário de trabalho era construído cotidianamente para viabilizar e criar espaços de trabalho como uma nova prática na AB, onde cada iniciativa se tornava um processo de reafirmação (LANCMAN *et al.*, 2013) no qual muitos profissionais tiveram dificuldades de ser reconhecidos por suas contribuições. Quando o NASF foi implantado no município, havia, entre os profissionais das unidades e, principalmente, entre as coordenadoras, a ideia de assistência de especialidade e de distribuição dos profissionais, para os atendimentos clínicos, conforme disponibilidade de consultório (OLIVEIRA, 2014). Foi necessário estabelecer estratégias para enfrentar essas dificuldades, e ainda hoje há relatos de problemas que já deveriam estar superados, no que diz respeito ao trabalho do fisioterapeuta na AB.

Na trajetória da fisioterapia no município o profissional teve espaço para inovar e trazer novas ações para a AB. O apoio da gestão foi essencial para esse caminho de conquistas, e as ações realizadas mostravam bons resultados. Contudo, nem todo gestor tinha a mesma visão sobre a importância da fisioterapia na AB do município.

Ao longo dos anos, foram muitos os processos de terceirização para contratação, até que em 2014 ocorreu um grande concurso para efetivação dos fisioterapeutas, com abertura de 37 vagas para o cargo de promotor de saúde pública na função de serviço de fisioterapia. Começando em 1997 com cinco profissionais, em 2017 eram 42 fisioterapeutas atuando no município, sendo 33 na AB de Londrina, um avanço significativo e importante para a categoria.

Em 2017 os fisioterapeutas viviam a expectativa da implantação de um centro municipal de fisioterapia, para aprimorar a atenção fisioterapêutica e para exercerem uma maior independência profissional na atenção ao usuário, o que no momento da realização desta pesquisa dependia das clínicas terceirizadas para atendimento ambulatorial em nível de média complexidade. O município foi contemplado com

recursos financeiros estaduais para a estruturação do serviço de fisioterapia, e a equipe decidiu direcionar esse recurso para a criação do ambulatório municipal de fisioterapia, almejando sair do contexto da terceirização da média complexidade.

A intenção de criar esse espaço para tratamento fisioterapêutico é viabilizar melhorias no atendimento e no tempo de espera para tratamento, porém alguns profissionais demonstraram ter receio dessa mudança na dinâmica do serviço.

O processo de construção e consolidação do serviço de fisioterapia na rede municipal de Londrina possui uma trajetória de 20 anos. Apesar das dificuldades e dos obstáculos enfrentados, alguns dos profissionais, ainda persistentes, em sua maioria reconhecem que o serviço de fisioterapia construído no município é de qualidade, com profissionais sempre buscando a eficácia de suas ações. Dentro do NASF, pelo histórico de atuação antes da implantação da política, hoje o fisioterapeuta é considerado, pelos entrevistados, o profissional mais atuante dentro da equipe.

A percepção atual é de que a presença do fisioterapeuta é muito importante nas UBS de Londrina, conforme depoimento de um entrevistado: *'a unidade básica de saúde ela não sobrevive mais sem o fisioterapeuta. O fisioterapeuta, hoje, dentro da atenção primária, ele é um profissional chave nessa estrutura de saúde pública (F7)'*.

5.3.2 Gestão

A gestão municipal tem influência direta sobre o processo de construção do serviço de fisioterapia na AB em Londrina. Houve momentos em que esse apoio foi bastante efetivo, como pode ser observado pela inclusão de fisioterapeutas na rede antes mesmo da política do NASF, porém em outros momentos esse apoio não foi tão significativo, fazendo com que na história da estruturação do serviço de fisioterapia existissem momentos de estagnação, sem muitos avanços.

Para alguns fisioterapeutas, a gestão municipal influencia mais a prática que as políticas públicas:

'A minha particularidade mesmo é com a gestão do NASF em Londrina. A má distribuição de profissionais, a falta de apoio, enfim, para as ações ..., e eles privilegiam ainda o atendimento individual. Eles acham que em grupo não é importante. Porque a gestão ainda está muito tempo ali né. Muda-se, mudaram o prefeito, mas não mudou quem coordena (F19)'.

A coordenação da UBS também influencia na organização do serviço e nas práticas realizadas pelo fisioterapeuta. A coordenação foi considerada como reflexo da unidade, pois cada UBS tem características específicas na dinâmica do processo de trabalho. O agendamento de reunião de equipe é um exemplo de diferença no perfil da coordenação das unidades: *'em uma unidade tem reunião mensal assim sabe, por equipe, ... E ela faz questão que o NASF esteja presente. A outra unidade já não faz tanta questão, ela fecha qualquer dia, sem avisar. A coordenação é o espelho da UBS (F15)'*.

Para outros, a estruturação do serviço de fisioterapia no município dificulta a implantação de mudanças. Quando o NASF foi implantado no município, houve resistências e incompatibilidade entre os propósitos da equipe NASF, tanto em termos de categoria quanto de grupo, para o desenvolvimento do trabalho, e o que a gestão esperava. A fisioterapia, que, por ser uma categoria atuante no PSF antes do NASF, encontrou dificuldades para implementar mudanças em sua atuação. Muito dessa resistência foi identificada como sendo dos profissionais das equipes SF, que esperavam que o fisioterapeuta permanecesse na unidade realizando atendimento clínico dos pacientes encaminhados e fizesse visitas domiciliares com a mesma finalidade (OLIVEIRA, 2014). A intenção de distribuir os fisioterapeutas vinculados a equipes NASF entre as unidades, para que tivessem disponibilidade de consultório para realização dos atendimentos clínicos, reforça a concepção, ainda presente, do modelo hegemônico nos serviços de saúde, onde as ações são baseadas em procedimentos e saberes médicos e nas quais somente o corpo biológico é valorizado (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Também foram apontadas dificuldades de mudanças na distribuição dos fisioterapeutas nas UBS. Tal distribuição por unidade e o tamanho da população de abrangência ocorreu há alguns anos. Apesar de certas regiões terem expandido mais que outras, a relação fisioterapeuta/habitante não foi revista, e no momento das entrevistas não era considerada equitativa nas distintas regiões do município por alguns entrevistados.

A falta de espaço físico e de recursos financeiros também é fator que influencia diretamente a prática. Os grupos em geral só acontecem por meio de parcerias intersetoriais, principalmente com as igrejas. Mas nem sempre essas parcerias são fáceis de serem realizadas. Além disso, a falta de um espaço próprio na unidade não permite ao fisioterapeuta guardar materiais, organizar outras ações que não sejam nos horários pré-estabelecidos, e ainda, para alguns usuários, o que não é realizado

dentro da unidade não é visto como tratamento ou cuidado. Foi apontado por alguns profissionais que a falta de materiais também dificulta algumas práticas. Na tentativa de reverter essa situação, alguns fisioterapeutas usam materiais próprios, como bolas e faixas elásticas, em sua rotina de trabalho. Em contrapartida, a intersetorialidade é um dos objetivos da AB e da PNPS, onde se deve valorizar e otimizar o uso de espaços públicos de convivência e de produção de saúde (BRASIL, 2006c). Sendo assim, é necessário que os fisioterapeutas se apoderem das políticas públicas de saúde vigentes para incorporá-las em sua prática profissional. O Programa Academia da Saúde também pode se constituir em parceria intersetorial, e deve funcionar em articulação com os outros serviços da RAS (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Outra situação relacionada à gestão, que impacta nas ações fisioterapêuticas é a rotatividade de profissionais na unidade. Devido a situações diversas, ora a UBS conta com o profissional ora não, e isso dificulta o andamento dos grupos e de projetos multiprofissionais. Cria-se um grupo, ele se consolida, e devido à rotatividade de profissionais (e não apenas do fisioterapeuta), sem substituição, isso acaba inviabilizando a continuidade de algumas ações. Nesse contexto, parece não haver espaço para planejamento de ações e autonomia profissional (MALTA; MERHY, 2003).

A falta de médicos especialistas na rede também influencia o trabalho do fisioterapeuta. Sabendo dessa dificuldade, *'muitas vezes o clínico da UBS encaminha pacientes que deveriam passar por um especialista para o fisioterapeuta, por ser um profissional que está mais próximo (DAPS)'*. Se por um lado alguns fisioterapeutas se sentem valorizados pelo seu trabalho e pela confiança neles depositada, por outro alguns se sentem sobrecarregados por essa demanda de consultas.

5.3.2.1 Diretoria de Regulação dos Atendimentos em Saúde - DRAS

Os pacientes chegam ao fisioterapeuta na UBS por demanda espontânea ou por encaminhamentos, que podem ser do ACS, do médico ou de outros profissionais da unidade, e também pelo pronto atendimento.

O setor de regulação dos atendimentos fisioterapêuticos no município de Londrina, implantado no ano de 2006, permitiu organizar os atendimentos de maneira a beneficiar o usuário e a realizar o controle dos serviços prestados. Um dos avanços oriundos da implantação da regulação foi a contratualização do serviço de terapia aquática, que passou a ser ofertado pelo SUS.

Atualmente todos os atendimentos fisioterapêuticos são regulados pela DRAS, que conta com duas fisioterapeutas. Existe um protocolo de encaminhamentos proposto pelo município, e os fisioterapeutas devem atender a ele quando têm necessidade de encaminhar pacientes para atendimentos nas clínicas em nível de média complexidade.

Dentre as funções das chamadas 'fisioterapeutas reguladoras' dentro da DRAS estão a regulação da fisioterapia para as clínicas ambulatoriais, regulação do serviço de órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção, mais a regulação de outras áreas relacionadas à ortopedia; fazem também a regulação dos Distúrbios Intelectuais e Transtornos Globais do Desenvolvimento (DITGD), atendidos por instituições que apoiam crianças com deficiências intelectuais e motoras, e regulação em reabilitação física. Além disso, realizam auditorias nas clínicas que têm contrato com o município.

Em outubro de 2017 estava em andamento um processo de chamamento para novas clínicas interessadas em ofertar serviços de fisioterapia e em atender ao SUS no município. Tratava-se de 'um processo para regulamentar o que já vem sendo feito, sem aumento de teto financeiro, com o objetivo de viabilizar a fiscalização da qualidade do serviço prestado (FR21)'. Porém, até o momento das entrevistas não havia previsão de quando o edital seria lançado.

Avaliar os planos terapêuticos elaborados pelas clínicas terceirizadas também é uma função da DRAS. Por meio desse documento, '*que são aqueles planos singulares de atendimento que a clínica faz, conforme a avaliação de cada usuário (FR21)*', a regulação consegue acompanhar os atendimentos.

Londrina oferece aos usuários três tipos de serviço de fisioterapia pelo SUS. Na alta complexidade se situa a reabilitação global, casos em que além da necessidade física o paciente apresenta outras necessidades; a fisioterapia convencional, que envolve a fisioterapia motora e a respiratória; e a terapia aquática.

A regulação é feita diariamente. O agendamento é um processo posterior, pois depende de vagas, mas havendo essas vagas o pedido pode ser regulado e agendado no mesmo dia. '*O município hoje oferta 1.600 vagas de fisioterapia. Em média, por mês são ofertadas 200 novas vagas (FR21)*'. A rotatividade de pacientes é grande nas especialidades de neurologia, pneumologia, fisioterapia motora e terapia aquática. A regulação entende que no momento (outubro de 2017) o usuário encontrava dificuldade de acesso à fisioterapia em nível de média complexidade, demanda essa

encaminhada pelas UBS. *‘Atualmente existem 800 pacientes na fila de espera por fisioterapia motora. A quantidade chama muito a atenção (FR21)’.*

O tempo de espera para se ter acesso ao atendimento depende da classificação do risco, que é feita pela regulação, em que *‘risco 1 (condições crônicas), menor risco, de um ano a um ano e meio; risco 2 (casos crônicos agudizados), aguardam de 6 a 8 meses, risco 3 (fraturas e condições agudas até 4 meses) de 15 a 60 dias para iniciar um tratamento (FR20)’.*

Existe um protocolo de ortopedia vigente no município desde 2011, que ajuda na classificação e regulação das prioridades e no controle da quantidade de sessões que cada usuário vai realizar. Isso se faz necessário devido à fila de espera pelo atendimento. Em relação a número de sessões, *‘inicialmente é autorizado um período de 3 a 6 meses, e a clínica pode, quando necessário e justificável, solicitar continuidade; então, é autorizado mais um período. Casos crônicos dificilmente são prorrogados (FR20)’.* Após o tratamento na clínica o paciente deve retornar para a AB e *‘se inserir nos grupos para mudar atitudes, pois a melhora depende dele também, que precisa assumir a corresponsabilização no cuidado de sua saúde (FR21)’.* A DRAS apresenta conhecimento sobre a nova concepção de saúde, onde o estímulo à corresponsabilização do usuário deve ser incentivado (WESTPHAL, 2015).

A utilização de protocolos estruturados é uma das recomendações da OMS para a prática colaborativa no âmbito da prática (WHO, 2010). O estabelecimento de protocolos na organização e regulação dos serviços é um indicativo do comprometimento da gestão na busca por maior resolutividade da AB; contudo, o protocolo vigente tem apresentado algumas fragilidades.

O protocolo de ortopedia do município traz como recomendação a realização das seguintes verificações antes do encaminhamento do paciente ao ortopedista: tipo de queixa, tempo de aparecimento da queixa, exame físico, exames laboratoriais pertinentes, exames de imagem pertinentes, tratamento não medicamentoso, fisioterapia e tratamento medicamentoso (PML, 2017). Para exemplificar como esse protocolo está organizado, segue modelo de condutas recomendadas para casos de lombalgia e cervicalgia.

Quadro 4 – Protocolo de condutas para Lombalgia/cervicalgia proposto pela gestão - Autarquia Municipal de Saúde de Londrina. 2011

LOMBALGIA / CERVICALGIA
<p>Investigação: indicação naquelas lombalgias e cialgias agudas e cervicalgias que tenham evolução atípica e nas de evolução insatisfatória, cuja causa não foi determinada após seis semanas de tratamento clínico.</p> <p>Circunstâncias que contribuem para o desencadeamento, sensibilização e cronificação da dor: Fatores psicossociais (ansiedade, depressão), obesidade, insatisfação ou litígios trabalhistas, tabagismo, grau de escolaridade, sedentarismo, realização de trabalhos pesados, atividades de impacto, hábitos posturais diários, alterações climáticas e de temperatura, etc.</p> <p>*TRATAMENTO SUGERIDO Fisioterapia (NASF) Dor aguda: Repouso relativo. O paciente deve ser estimulado a retornar às suas atividades habituais, o mais rapidamente possível. <i>Casos leves a moderados:</i> Paracetamol ou dipirona a cada 6 horas. <i>Casos mais intensos:</i> Codeína 30mg + paracetamol 500 a cada 8 ou 6 horas por poucos dias nos casos agudos OU Tramadol 100 mg 2 vezes ao dia por poucos dias nos casos agudos (7 a 10 dias). Podem ser usados AINH – Ibuprofeno 600mg a cada 8 horas por 7 dias e Miorrelaxante: Ciclobenzaprina 5 a 10mg/dose (a cada 6 horas) por 7 dias Caso a duração for > 6 semanas: fisioterapia Investigar inicialmente com RX se sinais de alerta.</p> <p>Dor Crônica: Investigar após 6 semanas do início da dor, inicialmente com RX. Orientação postural Exercícios orientados (alongamento, aeróbica de baixo impacto, caminhar, bicicleta ergométrica, natação) Orientar sobre cronicidade da dor Analgésicos simples se necessário Miorrelaxantes Antidepressivos tricíclicos – Amitriptilina 10 a 25mg/dia Se artrose: seguir protocolo Se fibromialgia: seguir protocolo Cerca de 80% das pessoas terão dores lombares em algum momento de suas vidas. O tratamento das dores lombares agudas deve ser baseada na história clínica e no exame físico do paciente, sem necessidade de exames complementares na maior parte dos casos.</p> <p>ENCAMINHAR: - Casos refratários ao tratamento - Dor importante que não <i>amenizou</i> com as medidas terapêuticas e fisioterapia</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">IMPORTANTE: ORIENTAR OS PACIENTES A SEMPRE LEVAREM NO DIA DA CONSULTA: - SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA PREENCHIDA;</p> </div>

Fonte: Prefeitura Municipal de Londrina (2017).

Outra parte do controle da regulação é analisar a evolução. Em documentos entregues para faturamento constam ‘as informações de sessões realizadas, se o paciente vai ter alta, se existe encaminhamento para a UBS, se vai fazer alguma atividade ou se vai continuar em tratamento fisioterapêutico (FR20)’. O protocolo auxilia na regulação dos atendimentos e na identificação de casos de pacientes que buscam permanecer em

tratamento fisioterapêutico interessados apenas no atestado médico, por questões trabalhistas. Por outro lado, esse mesmo protocolo às vezes não é suficiente para um paciente que precisa finalizar seu tratamento nas clínicas, tendo que dar continuidade na UBS com as ações que ela oferece.

O município *'não tem clínicas credenciadas com contrato prescrito em fisioterapia, mas isso está em processo há algum tempo (FR21)'*. Aqui cabe a ressalva de que algumas clínicas são prestadoras de serviço, mas não são contratualizadas. Nesses estabelecimentos as auditorias ocorrem mediante denúncia ou solicitação por escrito. A regulação pretende, em curto prazo, tornar todos os estabelecimentos contratualizados, na busca pela formalização dos documentos descritivos e pela melhoria da qualidade do serviço.

Há três clínicas que prestam serviço de fisioterapia para o município e uma instituição que possui contrato, oferecendo serviço de fisioterapia aquática. Os quatro estabelecimentos têm capacidades instaladas, e *'cada clínica tem um número 'x' de pacientes que podem ser atendidos mês (F21)'*, pois tem que ser respeitado o teto financeiro.

De acordo com a DRAS, existe um regramento do SUS para o número de sessões por paciente, por período. A média é de 12 atendimentos, mas pode chegar a 20 sessões, pois algumas clínicas têm que enviar o plano terapêutico daquele paciente. Em média ele realiza dois atendimentos por semana, por seis semanas (com média de 12 sessões por paciente).

A regulação tem como intenção que o trabalho seja realizado da maneira a mais rápida e eficiente possível, com olhar prioritário para o tamanho da fila e a qualidade dos prestadores. Para diminuir a fila e o tempo de espera, acredita que seriam necessários mais recursos para contratar e ainda estabelecer um teto financeiro para que as clínicas trabalhem de forma qualitativa e não quantitativa. Duas clínicas trabalham por produção, pensando no quantitativo de pacientes. Diante disso, a contratualização poderia resolver essa questão, e o serviço prestado teria melhor resolutividade.

Em todo serviço público, a partir da criação de um contrato deve-se estar atento ao seu término para iniciar a recontratualização antes disso, para não haver interrupção de tratamento e conseqüente prejuízo ao usuário. Todo contrato do SUS tem um prazo. A regulação acredita que os da fisioterapia serão válidos por dois anos,

podendo ser renovados por mais dois. A intenção de regularizar as contratualizações é melhorar a qualidade do serviço prestado pelas clínicas terceirizadas.

Na regulação, em relação aos encaminhamentos existe a possibilidade de não autorizar, autorizar, ou devolver para maiores esclarecimentos. Quando existem dúvidas para classificação a regulação devolve o encaminhamento para a UBS. Dentro da regulação, as fisioterapeutas muitas vezes sentem falta de uma descrição detalhada do paciente, por parte do médico da UBS, para poderem realizar a classificação do risco da maneira mais efetiva possível. Diante dessa dificuldade o paciente é encaminhado para a avaliação do fisioterapeuta, que é uma avaliação mais completa, permitindo à regulação fazer uma classificação de risco mais adequada. Para a regulação, *'a avaliação descrita pelo fisioterapeuta é mais completa do que a do médico, ... e hoje o fisioterapeuta é o profissional que melhor avalia o paciente da atenção básica (FR21)'*.

O município tem déficit de médicos ortopedistas, e essa especialidade não está na AB, embora exista o protocolo de ortopedia no município. O médico da AB segue esse protocolo. Avalia o paciente, e quando considera necessário encaminha para a fisioterapia ou para o médico especialista, dependendo do caso. Muitas vezes esse encaminhamento *'é para solicitação de exames, porque o médico da AB só pode solicitar Raios-X (F10)'*.

A DRAS achou importante também ressaltar que tem papel regulador sobre os atendimentos realizados, mas não quanto às condutas dos profissionais fisioterapeutas. No que se refere à atividade profissional, cabe ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª. Região (CREFITO-8), conselho da classe, fiscalizar. Quando surge alguma dúvida o profissional entra em contato com o conselho. Já houve reclamação do tempo de atendimento por parte dos usuários, mas não existe regulamentação do SUS a respeito. Nesse caso seguem *'o conselho profissional, que recomenda um profissional para três pacientes em salas de atendimento individual, e um profissional para até cinco pacientes para atendimento em grupo (FR21)'*.

A regulação não conseguiu impactar na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas clínicas terceirizadas. Alguns consideram que a fisioterapia em nível de média complexidade terceirizada pelo SUS é inviável, devido à limitação dos recursos financeiros repassados.

'Do que a tabela SIA-SUS oferece para essas clínicas de fisioterapia, não tem como você ter um tratamento decente, manter uma clínica. Então, assim, a gente vê como solução mesmo a municipalização do serviço, para a gente ter um serviço de qualidade ambulatorial (F4)'.

'Nós temos um grande problema com as clínicas credenciadas SUS. Falta de qualidade, isso é muito triste falar. O SUS paga pouco, as clínicas fazem de conta que atende, o paciente faz de conta que é atendido (F12)'.

Um dos fatores apontados para a baixa qualidade dos serviços prestados pelas clínicas é o valor pago pelo SUS por uma sessão de fisioterapia. Em decorrência disso, as clínicas atendem muitos pacientes em um mesmo horário para poder ter retorno financeiro pela quantidade de atendimentos realizados, e isso compromete a qualidade da atenção prestada, bem como a resolutividade.

Também são observadas dificuldades na prática da referência e contra referência dos pacientes que saem da UBS e vão para as clínicas. Depois do tratamento na clínica, o usuário deveria retornar à unidade, e se necessário participar dos grupos para a manutenção de sua saúde. Na maioria dos casos, porém, não há sistema de referência e contrarreferência entre a UBS e a clínica terceirizada. Se a clínica fosse do município, acredita-se que essa comunicação seria efetiva. Essa informação ressalta que a RAS não tem acontecido a contento no município. A RAS deve ter os serviços integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Diante disso, a AB precisa avançar na definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivos, que atendam à sua complexidade, onde a intersectorialidade é uma das estratégias potentes (LAZARINI *et al.*, 2017).

Existe a intenção de ser criado um centro integrado de reabilitação municipal, visando melhora da qualidade do atendimento de média complexidade. A implantação da clínica municipal é um processo que já está em construção. Durante a realização da pesquisa estavam sendo discutidos espaço físico e recursos para equipamentos.

Dentre as dificuldades no trabalho da auditoria foi elencada a dos usuários em registrar por escrito suas reclamações. De acordo com as entrevistadas da DRAS, o usuário teme formalizar uma queixa com receio de restrições no atendimento à sua saúde. Outra dificuldade é a falta de apoio do CREFITO-8 nas fiscalizações, uma vez que nem sempre é possível conciliar agendas para as visitas *in loco*.

A DRAS vê a organização do serviço de fisioterapia em Londrina de maneira satisfatória, considerando que o usuário é bem assistido. Ainda existem pontos a serem melhorados, *'mas existem muitos profissionais bons em todos os pontos de atenção (FR20)'*. Para melhorar o serviço deve haver uma maior aproximação entre todos os profissionais da rede. Existe um trabalho multiprofissional, mas muitas vezes um não sabe tudo o que o outro executa, e uma maior aproximação poderia resultar em um trabalho mais resolutivo. Peduzzi (2001) denomina esse tipo de trabalho em equipe de agrupamento, onde a recomposição exige a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes.

5.3.2.2 Diretoria de Atenção Primária à Saúde- DAPS

A DAPS conta com duas assessorias, que dividem funções, sendo uma responsável pela parte de Programas e pelo NASF, e a outra pelas demandas de processos de unidades. Uma enfermeira é responsável por todos os profissionais do NASF em Londrina.

O município contava com 85 equipes ESF e 10 equipes NASF para 54 UBS, em 2017. *'Hoje existe um profissional fisioterapeuta para cada três equipes da ESF. O fisioterapeuta fica em uma ou no máximo em duas UBS (DAPS)'*. Segundo a assessora, o fisioterapeuta é um profissional que conquistou seu espaço na AB. O município conta com mais fisioterapeutas do que a recomendação mínima para os NASF tipo 1, que é de ser responsável por cinco a nove equipes SF (BRASIL, 2011b), se destacando no contexto nacional por essa característica.

Todas as equipes NASF contavam com fisioterapeutas. Na zona rural não existe equipe NASF, mas há fisioterapeuta na unidade: *'a rural não tem os outros profissionais, mas o fisioterapeuta é indispensável (DAPS)'*. Pesquisa realizada em 2012 no estado do Paraná sobre a composição das equipes NASF (TOMASI; RIZZOTTO, 2013) revelou que o fisioterapeuta era o profissional mais presente nas equipes. Essa constatação pode ter sido influenciada pela inserção do fisioterapeuta em equipes de PSF, antes do surgimento do NASF.

A DAPS informou que para a alocação dos profissionais nas unidades é analisado o tamanho da área de abrangência para a distribuição dos fisioterapeutas no município. Em áreas grandes e extragrandes o fisioterapeuta fica cinco dias da semana; em áreas de médio porte, três vezes na semana; e em áreas de pequeno porte, duas vezes na semana.

Em relação às trocas de unidade e substituições, para a primeira seguem-se critérios, e para substituições os próprios fisioterapeutas fazem a cobertura. Quando um fisioterapeuta sai de licença, outro dá cobertura: 'por exemplo, um profissional que fica cinco dias em uma unidade cede um ou dois dias para cobrir outra unidade (DAPS)'.

A DAPS vê o fisioterapeuta na AB como um profissional fundamental. Acredita que '*as unidades básicas não vivem mais sem o fisioterapeuta (DAPS)*'. Além das funções específicas da profissão, ele acaba minimizando outros problemas da AB, como a ausência de especialista na rede municipal. Devido à falta de ortopedista no município, '*apoia a equipe fazendo uma triagem efetiva dos casos em que há necessidade de uma consulta na especialidade (DAPS)*'. Frente às doenças crônicas o profissional também tem mostrado seu valor, acolhendo a demanda de doenças crônicas e de idosos nos grupos, e está atingindo essa demanda com eficácia.

O que a gestão espera dos fisioterapeutas segue basicamente duas linhas: '*uma se relaciona às doenças crônicas: com as ações que realizam diminuem outras demandas da unidade, e a outra linha é a da ortopedia, da visita domiciliar, para que as ações sejam resolutivas e culminem na reabilitação física dos pacientes (DAPS)*'. Observa-se nessa declaração que há limitações por parte dos gestores para adesão a um projeto transformador do modelo assistencial vigente, descompasso entre a formulação da PNAB e sua implementação real (GIOVANELLA, 2018). Entretanto, foi uma alternativa que a gestão encontrou para suprir a falta de médicos especialista na rede e as dificuldades de acessos à média complexidade. Faz-se necessário repensar a resolutividade dessa expectativa da gestão em relação às funções do fisioterapeuta na AB.

O serviço de fisioterapia do município '*ainda não é o ideal, mas nos últimos quatro anos, após o último concurso, houve avanços importantes (DAPS)*'. Nesse sentido a clínica municipal está sendo pensada para melhorar para os fisioterapeutas, para as UBS e para os usuários. Considera positivo o fato de o planejamento da clínica ter sido construído em conjunto, entre gestão e profissionais fisioterapeutas.

Dentre as fragilidades, a assessora compreende que a estrutura física das unidades precisa melhorar, e que o número de profissionais precisa ser ampliado, buscando-se o ideal, que seria um profissional por unidade, '*principalmente porque o fisioterapeuta faz 6 horas, e os demais, 8 (DAPS)*'. Essa diferença de carga horária entre os profissionais dificulta o encontro com alguns membros da equipe ESF, pois em

algumas situações um profissional só trabalha no período da manhã e o outro só no período da tarde.

Apesar das dificuldades encontradas na organização do serviço para atender às demandas da população, a DAPS parece estar ciente da necessidade de reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade das ações (BRASIL, 2012a).

A gestão tem a intenção de que todas as unidades tenham uma estrutura moderna, conforme recomendações do MS e do estado. O novo modelo inclui sala de reunião, espaço para a comunidade, mais consultórios, *'mas nem sempre as coisas acontecem na velocidade que a gente espera (DAPS)'*. Quem está em unidades novas tem espaço garantido, porém outros estão em unidades precárias. Todavia, a precariedade das instalações físicas culmina em estimular o relacionamento interpessoal no trabalho. É preciso haver colaboração entre os profissionais na utilização do espaço. O fisioterapeuta em geral usa a sala de inalação. A gestão vislumbra também que *'a necessidade de um espaço físico está atrelada ao olhar biomédico: para promover saúde não é preciso que haja um consultório (DAPS)'*.

Aponta também como outra fragilidade da rede o atendimento nas clínicas terceirizadas. Reconhece que os fisioterapeutas são muito críticos em relação a elas, e considera isso como uma postura positiva. Para solucionar o problema foi considerado um recurso estadual para compra de equipamentos; em seguida a gestão montou uma comissão para elencar determinados equipamentos e para pensar em estruturar uma clínica municipal, da AMS. *'A intenção da clínica municipal não é atender a média complexidade, mas que atendesse a complexidade da atenção básica (DAPS)'*.

A assessoria entende que o papel do NASF não é fazer apenas reabilitação, apesar de que tem recebido essa demanda. Sendo assim, está tentando programar essa clínica da seguinte maneira: *'ficam com os pacientes crônicos, e o mesmo fisioterapeuta que avalia na UBS trata na clínica num sistema de revezamento. Pensaram nesse modelo para que o paciente não saia da atenção básica, e não tenha que ser encaminhado para a média complexidade (DAPS)'*. A perspectiva é de que essa ideia se concretize em um ano, considerando-se que já foi feita a fase descritiva e o recurso já está disponível.

5.3.3 Políticas públicas de saúde

Desde a criação do SUS em 1990, muitas práticas de atenção à saúde têm sido norteadas por Políticas e Portarias lançadas pelo MS. Políticas e programas estaduais também impactam as ações de saúde. Entretanto, municípios têm autonomia para implantar ou não as ações em saúde, de acordo com critérios como o tamanho do município e o perfil da população. O que se constata é que Londrina foi pioneira em algumas ações de saúde na AB no país, o que contribuiu para a construção de um serviço de fisioterapia de qualidade no município. Porém, observam-se ao longo da história algumas fragilidades, pela falta de políticas públicas nacionais e estaduais voltadas à fisioterapia e funcionalidade humana. Isso faz com que a cada mudança de gestão municipal, de quatro em quatro anos, o serviço de fisioterapia sofra influências, podendo ser positivas ou negativas, na consolidação do serviço, pois fica a cargo do gestor a inclusão do fisioterapeuta na equipe NASF (BRASIL, 2008).

Londrina é um município que assumiu a responsabilidade pela gestão de todo o sistema municipal de saúde, e pode desenvolver as suas ações com certa autonomia em relação ao Estado e à Federação, o que traz algumas vantagens administrativas. Contudo, a falta de políticas públicas que ratifiquem as ações fisioterapêuticas no âmbito da AB dificulta a consolidação das práticas e o direcionamento do trabalho do fisioterapeuta nesse campo de atuação. Acrescenta-se a isso falta de canais de comunicação entre políticas, CREFITO-8, COFFITO, ou mesmo entre os profissionais que atuam nessa área, para construção de um *corpus* epistemológico das ações fisioterapêuticas na AB.

A regulamentação da fisioterapia na AB aconteceu com o advento da política do NASF (FORMIGA; RIBEIRO, 2012). Antes disso, o caráter reabilitador da profissão, durante muito tempo, excluiu serviços de fisioterapia da AB e dificultou o acesso da população a esse serviço (RIBEIRO, 2002).

Alguns entrevistados consideram que a fisioterapia precisa de uma política mais específica para as ações do fisioterapeuta na AB: *'uma política... e mostrar realmente, dar a nossa cara, nós estamos aqui, nosso trabalho funciona, a gente merece mais respeito (F1)'*. Outros, por sua vez, entendem que a fisioterapia está dentro de políticas mais abrangentes, já existentes.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010b), em especial a cartilha *'Viver sem limites'*, é uma apoiadora da prática fisioterapêutica. Os fisioterapeutas são responsáveis, no município, por avaliar os usuários e solicitar

órgãos e próteses. Porém, a restrição orçamentária ainda limita o acesso aos dispositivos, e *'nós precisaríamos ter uma ampliação do teto financeiro do programa prótese e órtese, e ampliar o acesso a outras próteses e órteses que não estão dentro do programa (F7)'*.

A PNPIIC auxilia no recebimento de materiais para realização de auriculoterapia nas UBS, e é um incentivo às práticas que contemplam o conceito ampliado de saúde, para atuação nos campos da prevenção de agravos, da promoção à saúde, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo (BRASIL, 2018). Os fisioterapeutas que possuem formação na área de acupuntura tiveram a iniciativa de ofertar essa modalidade de atendimento para a população, e a PNPIIC auxiliou na implementação da ação. Houve uma capacitação dos fisioterapeutas do município, com apoio da gestão municipal. A educação e a formação de pessoal são formas de valorização da força de trabalho, importante instrumento de gestão (NUNES *et al.*, 2015), e portanto, devem estar contempladas no planejamento dos municípios.

Os profissionais entrevistados não conhecem a PNSF (BRASIL, 2011c), um documento que aborda a importância do uso da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) como auxílio diagnóstico à Classificação Internacional de Doenças (CID-10). De fato, essa política não foi regulamentada por uma portaria ministerial, mas seu conteúdo é disponibilizado em forma de caderno, e traz considerações importantes para a atuação do fisioterapeuta, principalmente no contexto de avaliações e de produção de indicadores de saúde.

Não é consenso entre os profissionais que as políticas públicas de saúde sejam norteadoras da prática. Para alguns, a influência maior é a da gestão municipal; para outros, as demandas da população é que são as principais indutoras das práticas profissionais.

'Então o que tiver dentro daquelas atribuições a gente pode executar. Só que a gente muitas vezes não executa por conta da própria unidade, por conta do próprio processo de trabalho da unidade, que já está montado e tudo o mais (F6)'.

'Eu acho que vem da demanda. E muitas vezes essas coisas assim, algumas coisas mais específicas são também solicitadas, sabe, vêm de cima (F9)'.

Merhy (MERHY, 2007) afirma que as políticas públicas influenciam a prática no cotidiano dos serviços e também a produção científica sobre o trabalho em saúde, e que as publicações também podem nortear novas políticas, estabelecendo um ciclo de retroalimentação importante quando se considera a diversidade dos municípios brasileiros (MIRANDA, 2019).

Implantação, implementação, avaliação e execução das políticas públicas de saúde nos municípios dependem dos gestores e dos trabalhadores da área da saúde. Cabe a esses atores incorporarem, no planejamento e na organização dos sistemas locais de saúde, e em seu processo de trabalho, os princípios organizativos e doutrinários do SUS, a fim de eliminar o descompasso entre a finalidade do trabalho em saúde prescrito nas políticas públicas e o realizado no trabalho vivo em ato (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

Políticas públicas a serem implantadas para a organização das atividades e ampliação da clínica na AB devem estar embasadas na realidade e nas necessidades locais. Miranda (2019) sugere que as ações do fisioterapeuta nesse nível de atenção devem ter como foco o usuário, a família e a comunidade, assumindo que o cuidado a esses indivíduos é que estimula o desenvolvimento profissional e organizacional do SUS.

No Paraná, em 2016 a Secretaria de Saúde do Estado instituiu o Incentivo Financeiro de Investimento para aquisição de equipamentos de fisioterapia ou reabilitação, para a Rede de Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná, por meio da Resolução SESA nº 269/2016 (SESA-PARANÁ, 2016). Em 2018 o repasse foi autorizado, e ocorreu na ordem de pouco mais de 8 milhões para 201 municípios do Estado. Para tanto foram considerados, entre outros, o número de NASF implantados no município com o profissional fisioterapeuta, e o número de UBS e equipes de AB existentes no município, com profissional fisioterapeuta atuante e cadastrado no CNES. Esse é um exemplo de política pública que influencia a prática, pois o recebimento de recurso estadual, atrelado à uma política de saúde nacional, as equipes se organizaram para planejar a aplicação desse recurso.

Reconhece-se a importância de ampliar o acesso da população à fisioterapia, porém se questiona se o modelo de atenção proposto para implantação de espaço de reabilitação, anexo às UBS, não seria um entrave a mais para a ampliação das ações de promoção e prevenção em saúde dos fisioterapeutas integrantes das equipes NASF. Em princípio o recurso foi pensado para a política das pessoas com

deficiências, componente da AB, mas a maneira como será conduzida a aplicação dos recursos nos municípios levantou uma preocupação.

5.3.3.1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

A organização do rodízio dos profissionais do NASF também é um fator que influencia as ações conjuntas. Era rotina no município que cada dia um profissional do NASF estivesse em uma unidade diferente, o que assim inviabilizava a prática de ações conjuntas. No momento da realização desta pesquisa, algumas unidades estavam com todos os profissionais do NASF na unidade em um mesmo dia, de uma a duas vezes na semana, e algumas práticas coletivas já estavam sendo levadas a efeito.

Nessa dinâmica da organização do serviço, alguns fisioterapeutas afirmaram não se reconhecer no papel de fisioterapeuta do NASF.

‘Mas acho que a fisio assim, acho que ela tem que ser inserida mais nas ações do NASF mesmo, porque fala que a fisio é do NASF, mas a gente sempre acha que a fisio é separada. Eu sinto assim, a gente quase não participa (F5)’.

‘Então, eu acho que aqui em Londrina a gente está um pouco distorcido. Eu não sei se porque começou só fisioterapia, não era o NASF né, o NASF só foi incluído depois, a gente tem ainda um papel muito reabilitador. Eu acredito que a gente ainda está um pouco errado... daí acaba vindo muito encaminhamento, e a gente acaba não sabendo como lidar com isso, mas eu acho que ainda falta a gente trabalhar mais com prevenção (F9)’.

Em virtude da reestruturação recente no rodízio dos profissionais do NASF (antes não estavam no mesmo dia na mesma unidade, e agora todos os profissionais da equipe estão um dia da semana na mesma UBS), os encontros têm permitido programar ações coletivas, fazer matriciamento, propor PTS e realizar ações com enfoque na promoção e prevenção em saúde.

‘Agora uma característica do meu NASF, especificamente, que acabou de alterar, é para a gente trabalhar junto, numa unidade, em um único dia. O meu NASF rodava separado. Por causa das coordenadoras, que não queriam os profissionais na mesma unidade. Isso dificultava demais né, essa questão do planejamento (F11)’.

Integrar as equipes NASF exige do fisioterapeuta a realização de atividades que tradicionalmente não lhe cabiam (BISPO JÚNIOR, 2010). Utilizar estratégias de negociação é um importante papel dos profissionais do NASF para o desenvolvimento de seu trabalho. Em Londrina, a negociação se mostrou potente desde o início das atividades das equipes NASF, uma vez que os novos profissionais estavam entrando em um serviço já estruturado e organizado num determinado processo de trabalho (OLIVEIRA, 2014).

O horário de trabalho do fisioterapeuta na UBS também influencia no encontro com os outros profissionais do NASF. Enquanto farmacêutico, nutricionista, psicólogo e demais profissionais fazem 8 horas diárias, o fisioterapeuta faz 6 horas. Essa diferença na carga horária diminui o tempo de permanência conjunta na UBS, o que restringe algumas práticas. Em algumas ocasiões, quando o fisioterapeuta tem disponibilidade, ele vai à UBS em seu contraturno de trabalho para participar de algumas ações, por iniciativa própria.

A Portaria nº 154 de 2008 do MS traz um desafio para a consolidação da fisioterapia, uma vez que esse documento deixa a critério do gestor a inclusão ou não desse especialista (BARBOSA *et al.*, 2010). Não são todas as equipes de NASF que possuem fisioterapeuta na equipe, e é possível ainda encontrar municípios de médio porte sem sua presença, conforme dados disponíveis no CNES (CNES, 2017).

Um aspecto igualmente relevante para o aprimoramento do processo de trabalho do fisioterapeuta é a interprofissionalidade. A Portaria nº 154 de 2008 do MS propõe que as práticas dos profissionais devem ser planejadas e discutidas de forma conjunta com a equipe, efetivando a prática da interprofissionalidade, que permite uma visão mais ampliada das prioridades para o serviço e melhor possibilidade de atenção ao usuário (FORMIGA; RIBEIRO, 2012).

Um dos objetivos do NASF é a construção de ações que visem promover a saúde e desmontar situações de risco e vulnerabilidade social. Para o atendimento a esses objetivos os fisioterapeutas desempenham papéis de agentes sociais, dentro de uma nova lógica de trabalho em saúde e organização de recursos humanos. Para que esse novo modelo possa ser concretizado, é necessária uma reestruturação profunda na atenção e na gestão dos processos de trabalho em saúde até hoje vigentes (RODRIGUEZ, 2010).

O Caderno de Atenção Básica número 27, referência para as ações das equipes NASF, apresenta um capítulo intitulado 'Reabilitação e a saúde integral da

peessoa idosa' (BRASIL, 2009b). Considerou-se necessário tecer algumas reflexões a respeito de seu conteúdo. O texto apresenta-se confuso quanto à atuação do fisioterapeuta, e ainda direciona muito suas práticas à reabilitação. Trata o fisioterapeuta como profissional de reabilitação para atuar com idosos/deficientes, o que é um contrassenso em relação ao que se preconiza como ações para a AB, tanto pela restrição às ações de reabilitação quanto por colocar apenas duas condições de saúde como aptas à atuação da fisioterapia.

A apresentação do conteúdo destinado a fisioterapeutas difere da apresentação de outros profissionais da saúde que também atuam no NASF, para os quais há direcionamentos mais específicos. Conclui-se que o material não fortalece a atual demanda da população por ações de promoção à saúde e estímulo a hábitos saudáveis para cuidados com a funcionalidade humana. No que se refere ao fisioterapeuta, não prevê sua atuação junto às doenças crônicas não transmissíveis nem o incentivo a um estilo de vida saudável; tampouco auxilia na quebra do paradigma que o coloca como profissional exclusivo da reabilitação.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico do apoio matricial, que na AB é uma estratégia de organização do trabalho em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O NASF desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A dimensão clínico-assistencial produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários, e a técnico-pedagógica produz ação de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2014). Nas falas dos entrevistados, foram incipientes as manifestações sobre a prática do apoio matricial no cotidiano do serviço.

A dimensão técnico-pedagógica é apontada como a mais frágil em relação ao papel do fisioterapeuta no NASF (BRAGHINI; FERRETTI; FERRAZ, 2017), evidenciando a necessidade de se desenvolver uma educação permanente nos serviços de saúde para efetivação das ações recomendadas como próprias do papel dos fisioterapeutas no NASF.

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais de referência e que pode agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade da equipe SF, que é a responsável pelos casos de sua área de abrangência, com vistas a resolver problemas de saúde. O apoio matricial deve se embasar na procura da construção e da ativação de espaços para uma comunicação ativa e para o compartilhamento de

conhecimentos entre profissionais de referência e apoiadores (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Pesquisa realizada em Londrina entre 2012 e 2013, com objetivo de compreender o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado em saúde, no movimento de estruturação do processo de trabalho do NASF, concluiu que havia necessidade de apropriação da ferramenta do apoio matricial por parte dos trabalhadores, para ensejar um movimento em que profissionais das UBS e da equipe NASF atuassem com corresponsabilidade, a fim de atingir a integralidade do cuidado em saúde, a partir de ações interprofissionais voltadas, principalmente, às demandas e necessidades trazidas pelos usuários (OLIVEIRA, 2014).

Observa-se que com o passar dos anos o apoio matricial ainda não acontece de maneira satisfatória, considerando-se as diretrizes do NASF no município estudado, devendo ser levada em conta nas discussões da gestão a efetivação dessa ferramenta de trabalho. O estudo revelou existir compreensões divergentes entre os apoiadores e as equipes de saúde da família sobre a função do matriciamento, com expectativas conflitantes e implicações para o trabalho, e assim, incompreensões sobre o caráter inovador do matriciamento e dificuldades estruturais apontam desafios ainda persistentes para a concretização da função de apoio (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018).

Recentemente, em 2018, a Secretaria de Saúde do governo do Paraná lançou um caderno intitulado 'Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): diretrizes e processos' (SESA-PARANÁ, 2018). O material pretende apoiar profissionais e gestores no desenvolvimento de ações que contribuam para a integralidade da atenção e qualificação das práticas em saúde. Contribui também para aspectos do processo de trabalho na AB, e traz uma matriz de competência com atribuições gerais e específicas da equipe NASF-AB nas principais condições crônicas na AB: gestantes e crianças, hipertensos e diabéticos, saúde mental, saúde do idoso e pessoas com deficiência. O documento apresenta também como ferramentas para o processo de trabalho: atenção contínua, atenção compartilhada a grupo, grupo de pares, grupos operativos, gestão da clínica e gestão de caso. O documento foi publicado após a coleta de dados, e considera-se que a partir de então possa auxiliar no planejamento das ações, preenchendo algumas lacunas identificadas no processo de trabalho.

As publicações Cadernos de Atenção Básica de números 27 e 39 e o Caderno publicado pela SESA-PR são documentos que podem apoiar a gestão e os profissionais no processo de trabalho. Existe uma recomendação de que a SMS faça publicação de material que detalhe as diretrizes e as referências para o funcionamento do NASF no município, de forma textual e clara, contendo elementos como: definição do processo de trabalho do NASF, definição de apoiadores institucionais, oferta de qualificação profissional e de educação permanente, mecanismos de monitoramento e avaliação das ações do NASF (BRASIL, 2014). Todavia, o modelo assistencial-reabilitador tem sido o condutor das ações dos fisioterapeutas, e as ferramentas do NASF são pouco utilizadas. Estes resultados podem ser explicados pelo limitado conhecimento sobre as atribuições do NASF, resultante da pouca oferta de capacitação e da formação tradicional (FERNANDES et al., 2016).

Nessa perspectiva, de acordo com Souza *et al.* (2013), o fisioterapeuta inserido no NASF precisa enfrentar os desafios de sua atuação considerando o exercício de sua autonomia profissional, o desenvolvimento de intervenções criativas, o vínculo com a coletividade, os direitos do usuário, as opções tecnológicas disponíveis e as necessidades de pertencimento da comunidade, bem como as políticas públicas existentes, para que seja contemplado um cuidado integral e resolutivo.

A inserção do fisioterapeuta no NASF possibilita o redimensionamento das práticas em saúde, e, por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, buscase a integralidade da assistência, para efetivação do modelo de atenção preconizado pelos princípios do SUS (SOUZA *et al.*, 2013). São muitas as possibilidades de atuação para o fisioterapeuta vinculado à equipe NASF, e para nortear suas ações deve ser considerada a especificidade de cada território, segundo o qual as ações precisam ser definidas no planejamento conjunto entre as equipes ESF e NASF, de acordo com prioridades baseadas em indicadores de saúde de cada região (FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018).

Diante dos apontamentos realizados tanto pela gestão quanto pelos fisioterapeutas, acredita-se que a elaboração de um material por gestores e trabalhadores contemplando o planejamento conjunto, com ações articuladas entre equipes ESF e NASF facilitaria o processo de trabalho e permitiria ajustes de pontos que são divergentes entre as partes. Também seria um material com informações a que a população pudesse ter acesso, o que auxiliaria na divulgação do trabalho que é feito pelo fisioterapeuta na AB.

A relação entre os profissionais das duas equipes muitas vezes apresenta discrepâncias na atuação, uma vez que há um desentendimento sobre qual é a função da equipe de apoio, além das diferenças existentes entre as lógicas de trabalho, produtividades e exigências dadas a ambas (BARROS et al., 2015; LANCMAN et al., 2013).

Pesquisadores afirmam haver um descompasso, ao investigarem o trabalho de equipes NASF, entre a necessidade de atender à demanda, a resolução rápida de alguns casos e a nova lógica de trabalho proposta pelo NASF, que requer mudança nas formas de atuação, especialmente entre equipes ESF e equipes NASF (GONÇALVES *et al.*, 2015; LANCMAN *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2019b).

A implantação do NASF demanda novos arranjos no processo de trabalho das equipes para sua concretização, onde se faz necessária a ação interprofissional, presente na proposta do trabalho em equipe e é preciso maior articulação entre equipes ESF e NASF, para implantação de mudanças (ANDRADE et al., 2015; CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

5.4 Processo de trabalho

Os fisioterapeutas atuam em todas as UBS do município, inclusive nas unidades rurais. Alguns são fixos nas unidades, outros se revezam em duas ou três unidades. A jornada de trabalho é de 30 horas semanais, com 6 horas diárias. Alguns profissionais atuam das 07:00 às 13:00 horas; outros, das 13:00 às 19:00 horas.

No período de férias do fisioterapeuta sua agenda é fechada por 30 dias na UBS. Já em período de licença por motivos de saúde ou licença maternidade ele é substituído, por um período menor que o de sua rotina habitual, por outro fisioterapeuta, que deixa um ou dois dias de atuação em sua UBS de origem para atuar na unidade do licenciado.

A rotina padrão de trabalho dos fisioterapeutas nas unidades envolve atendimentos individuais previamente agendados na UBS, visitas domiciliares e atividades em grupos. A organização dessas ações sofre influência da gestão da unidade, da equipe de saúde, das características da população assistida e do perfil do profissional fisioterapeuta. Diante dessa complexidade, êxitos e dificuldades na coordenação do cuidado são percebidos em diferentes perspectivas, e algumas inovações podem contribuir para uma melhor coordenação. Nesse cenário, a maneira mais eficiente para promover a coordenação do cuidado e tornar a AB a base forte do sistema de saúde é quando provedores e usuários, conscientemente, assumem a responsabilidade pela coordenação do percurso terapêutico (ALMEIDA, 2018). A AB deve ter resolutividade de 80% dos problemas de saúde da população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde (STARFIELD, 2002).

A organização dos processos de trabalho do fisioterapeuta nas equipes de NASF é assunto ainda pouco debatido na literatura. As diretrizes recomendam que a organização do trabalho das equipes deve sempre ter como foco o território sob sua responsabilidade; deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interprofissional, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas,

gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto (BRASIL, 2009b).

5.4.1 Fatores que influenciam no processo de trabalho

A proposta do NASF dispõe de documentos norteadores, como os Cadernos de Atenção Básica números 27 e 39. O trabalho das equipes ainda é um processo em consolidação, no qual estratégias e formas de organização do trabalho ainda não estão plenamente sistematizadas (GONÇALVES *et al.*, 2015). Assim, conhecer o trabalho dos profissionais nas equipes de saúde auxilia no aprimoramento dos serviços e de políticas públicas.

A rotina nas UBS do município segue um padrão geral, mas cada unidade apresenta características próprias, bem como particularidades nas práticas profissionais.

Dentre as facilidades para o desenvolvimento das ações fisioterapêuticas, um fator de grande importância é a relação do fisioterapeuta com a gestão da unidade, exercida por um profissional de enfermagem. Quando há uma relação de parceria, o fisioterapeuta consegue ter espaço para implantar novas ações, realizar atividades interprofissionais e estabelecer parcerias intersetoriais. Quando essa relação não é adequada, o fisioterapeuta tem dificuldades em atuar além das ações de rotina habituais.

A relação com os demais profissionais da equipe, tanto do NASF quanto da ESF também influencia as práticas do fisioterapeuta. Os ACS são parceiros fundamentais, em especial para o acompanhamento das visitas domiciliares e das atividades de grupo. Contudo, existem casos em que o relacionamento interprofissional não é efetivo, refletindo dificuldades no processo de trabalho:

‘Cada um fica muito na sua agenda. Que não é NASF isso, né. Então assim, é um profissional da área fazendo só o seu serviço. É isso que a gente consegue fazer (F6)’.

‘... tem os ACS que me acompanham, mas assim, isso até foi uma coisa que a gente discutiu ontem no nosso NASF, não vão por livre e espontânea vontade, vão por livre e espontânea pressão. Mas aqui tem uma ACS que ela gosta, então ela vai porque ela gosta. Então eu tenho o ACS todo o grupo, mas só o ACS, o auxiliar nunca vai, nem

passou perto, enfermagem também não, nenhum outro profissional da equipe (F17)'.

A gestão da unidade pode significar uma facilidade para as práticas em saúde quando há um bom entrosamento com a equipe, ou uma dificuldade, quando a coordenação não está articulada com os demais profissionais. '*Tudo depende da UBS, quem vai exigir que você faça ou isso, ou aquilo, ou aquele outro, é a coordenação (F13)'.* O papel do coordenador da equipe é essencial para que o trabalho seja integrado. Ele deve facilitar a interação e a aprendizagem de desenvolvimento de novas condutas e papéis, de modo ativo e participativo (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000; PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (2001) define o trabalho em equipe como “modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes”. No trabalho em saúde, o cuidado é produzido por meio de intensas relações entre profissional e equipe, e também entre profissional e usuário, situações em que as subjetividades são construídas por instâncias individuais, coletivas e institucionais (BADUY *et al.*, 2017). As falas de alguns entrevistados refletem a dificuldade de institucionalizar o trabalho interprofissional, e a operacionalização do trabalho interprofissional se constitui como um desafio atual (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Para alguns profissionais, acompanhar o outro em ações de grupo, por exemplo, não é visto como apoio à equipe, como trabalho conjunto, então é preciso aproximar as equipes que enfrentam dificuldades para o trabalho interprofissional. A interprofissionalidade é essencial ao trabalho em ESF e NASF.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2011), é atribuição de todos os membros da ESF e do NASF realizar trabalho em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. O trabalho em equipe deve ser um trabalho interprofissional de tal forma que tenha integração do trabalho por profissionais de diversas áreas, preservando a especificidade do trabalho de cada área, mas pressupondo sua interdependência (PEDUZZI *et al.*, 2012) (PEDUZZI *et al.*, 2012). Contudo, a prática relatada pela maioria dos profissionais se aproxima do trabalho multiprofissional, que, segundo Peduzzi *et al.* (2012), constitui a simples justaposição de trabalhos realizados por um agregado de agentes, sem significar necessariamente um trabalho de equipe coordenado.

A integralidade das ações com interdisciplinaridade das técnicas e a interação entre multiprofissionais no trabalho em equipe devem ser consideradas pelo gestor (SCHRAIBER *et al.*, 1999). Farias *et al.* (2018) concluíram em pesquisa com trabalhadores da AB que existe a percepção dos profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade, mas notaram que os profissionais precisam trilhar alguns caminhos no sentido de materializar a interdisciplinaridade em práticas interprofissionais colaborativas. Para essa materialização, elencaram que ações em nível de gestão, educação permanente e dedicação dos trabalhadores devem ser realizadas para o enfrentamento das dificuldades de integração, em busca de melhorias na qualidade dos serviços ofertados aos usuários do SUS. Peduzzi e colaboradores destacam a distinção entre interprofissionalidade e interdisciplinaridade, referidas, respectivamente, como a integração das práticas profissionais e das disciplinas ou áreas de conhecimento (PEDUZZI *et al.*, 2013).

As reuniões de equipe são relatadas pelos fisioterapeutas de maneiras distintas. Enquanto em algumas unidades elas fazem parte da rotina de atividades da UBS, com encontros mensais, em outras as reuniões não estão institucionalizadas, e as trocas de informação acontecem no corredor, de maneira informal. Uma questão que influencia a participação dos entrevistados nas reuniões é o horário de trabalho do fisioterapeuta. Os demais profissionais da unidade trabalham 8 horas por dia, enquanto este realiza 6 horas diárias, e em algumas situações a reunião de equipe é no contraturno do horário de trabalho, inviabilizando sua participação.

A reunião de equipe, seja intra NASF ou entre a equipe SF e equipe NASF, é um disparador de ações a serem desenvolvidas, mediante o trabalho de forma integrada e articulada entre os profissionais. Além disso, são espaços potentes não apenas para a organização do trabalho, mas também para a construção do cuidado, constituindo estratégias de ação e sentidos do trabalho (QUIRINO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019a). A reunião mensal entre os fisioterapeutas da rede para matriciamento, educação permanente e capacitação também foi apontada como uma facilidade, pelos profissionais. Nesses encontros também são oportunizadas falas para que relatem experiências e algumas questões específicas pelas quais estão passando. É um momento de troca de experiências. A reunião constitui uma ferramenta tecnológica disponível aos profissionais, por meio da qual a análise das demandas possibilita uma prática interprofissional e colaborativa entre as equipes ESF e NASF e qualifica a atenção oferecida (SILVA *et al.*, 2019a).

Outra questão positiva relatada foi a expansão no número de fisioterapeutas na rede ao longo dos últimos anos, em especial em decorrência do último concurso público, quando 37 profissionais ingressaram no município ou formalizaram o vínculo com ele. Isso permitiu que hoje o fisioterapeuta se divida em no máximo duas UBS na área urbana, e em até três na zona rural, enquanto no passado cada fisioterapeuta chegou a se responsabilizar por até sete unidades. Acredita-se que esse estímulo à contratação tenha sido impulsionado pelas políticas públicas, em especial a do NASF.

Além do número de profissionais, houve expansão também nas áreas de atuação da fisioterapia. Conforme Portaria nº 154/2008 do MS, as ações dos fisioterapeutas abrangem as atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência à reabilitação e tratamentos específicos. Com ênfase na saúde da mulher, criança, idoso, adulto, pessoas com deficiência e saúde mental, o NASF promove ações coletivas e/ou individuais no ambiente físico da própria unidade, no domicílio do usuário e ainda nos espaços dos aparelhos sociais dispostos no território (BRASIL, 2008).

A fixação de profissionais nos serviços de saúde, em especial da AB, favorece a criação de vínculos com a população. Além disso, qualifica a gestão, que tem sob sua gerência profissionais com estabilidade, e otimiza formas de planejamento, seleção e fixação desses profissionais, o que tem relação direta com melhor cobertura e resolutividade dos serviços (NUNES *et al.*, 2015).

Também foi comentado pelos entrevistados que é perceptível para o fisioterapeuta, enquanto profissional do NASF, ter o entendimento de que a fisioterapia está bem estruturada em relação às demais profissões que podem compor a equipe: *'Parece que a fisio, ela é bem mais estruturada do que as outras categorias, dá essa impressão, sabia? Eu não sei também se é porque a nossa área abrange muita coisa. Então eu não sei se colocam mais fé, é que também o nosso trabalho dá resultado, né. Dá muito resultado (F5)'*. Essa constatação já tinha sido detectada em um estudo realizado em Londrina no ano de 2013, quando foi observado que os fisioterapeutas tinham uma organização diferenciada no processo de trabalho, com frequência maior nas UBS em relação aos demais profissionais da equipe NASF, que em média permaneciam duas vezes na semana em cada unidade (YAMAGUCHI, 2014).

O NASF valorizou o trabalho do fisioterapeuta na AB; contudo, alguns profissionais percebem que tal valorização não refletiu na valorização financeira. O fato de realizarem apenas 30 horas semanais, de acordo com a Lei nº 8856/1994

(BRASIL, 1994), acaba trazendo prejuízos, na visão de alguns entrevistados. De um lado, porque o profissional não está na unidade nos dois turnos de funcionamento, o que dificulta o contato com alguns profissionais da equipe e inviabiliza a participação em determinadas atividades, inclusive nas reuniões de equipe. Por outro, leva alguns profissionais a buscar outros vínculos empregatícios, para obter maiores provimentos financeiros, o que torna a dupla jornada de trabalho exaustiva. Apesar disso, a jornada semanal de 30 horas foi uma conquista para a categoria, e outras classes profissionais almejam esse benefício. Como metade dos entrevistados tem como único vínculo profissional o trabalho na AB, considera-se não haver consenso sobre a carga horária da jornada de trabalho.

A Portaria nº 154/2008, em seu artigo 4º, determina que as equipes NASF devam trabalhar em horário de trabalho coincidente com o das equipes SF, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerada para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando que “para os profissionais fisioterapeutas, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um” (BRASIL, 2008). Essa estratégia poderia minimizar as dificuldades elencadas pela discrepância de carga horária entre os profissionais. O fisioterapeuta é um dos profissionais mais requisitados na equipe do NASF; entretanto, uma carga horária diferenciada da equipe dificulta o processo de trabalho (BARBOSA *et al.*, 2010).

Ser fixo na unidade influencia as ações, e é uma facilidade para o fisioterapeuta no planejamento de suas ações, na criação de vínculo com profissionais e usuários, e na constatação da resolutividade das ações. Ser fixo na unidade interfere positivamente no relacionamento com a equipe, que recebe melhor o fisioterapeuta que está na unidade todos os dias.

‘Sim, eu já trabalhei 5 dias na mesma unidade. É diferente, né. Primeiro o vínculo que você faz, com quem trabalha ali. Você se sente mais da equipe, você é dali todo o dia. Você consegue se organizar. Eu tenho mais vínculo na unidade que eu fico 3 dias, do que nessa que eu vou 2 (F15)’.

A PNAB contempla o vínculo, definindo-o como “a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2011b).

O conceito de vínculo no cuidado em saúde, colocado na centralidade das práticas de cuidado, potencializa as escolhas de cada usuário, dando potência ao vínculo como conceito-ferramenta para a reorganização dos processos de trabalho de equipes de saúde (SEIXAS et al., 2019). Vínculo ainda é um conceito pouco discutido por fisioterapeutas.

Outra facilidade é a possibilidade de agendar um paciente por horário, diferentemente do que ocorre nas clínicas terceirizadas com atendimento pelo SUS, que marcam vários pacientes no mesmo horário. Atendendo a um paciente por consulta, que dura em média 30 minutos, o fisioterapeuta consegue fazer uma avaliação minuciosa, traçar objetivos e propor um tratamento adequado para cada usuário.

A disponibilidade de veículo na UBS é considerada um aspecto positivo para a organização das visitas domiciliares. O veículo é fundamental para que o fisioterapeuta tenha a possibilidade de se deslocar por toda a área de abrangência, em particular para as visitas domiciliares, otimizando o tempo gasto em deslocamentos.

Outra facilidade apontada é a formação de um grupo em aplicativo de celular, o que facilita a comunicação entre os profissionais, *'agora a gente tem watsapp né, a gente tem um grupo dos fisioterapeutas (F12)'*. Existem grupos para troca de informações e experiências, bem como há grupos de NASF que têm utilizado o aplicativo para fazer reuniões, em decorrência da dificuldade de se unirem presencialmente na unidade.

A comunicação é ferramenta indispensável para o trabalho em equipe, e para a efetivação da prática colaborativa deve haver intensa comunicação e interação entre os profissionais das equipes de ESF e NASF (PEDUZZI et al., 2013). A equipe de fisioterapeutas encontrou uma estratégia tecnológica que facilita o processo de comunicação: aplicativo de conversas no celular. Se não é possível o encontro diário com os demais profissionais, estabelecer meios de comunicação não presenciais é uma alternativa para solucionar essa dificuldade na rotina de trabalho.

O suporte de comunicação fora do espaço ordinário de reunião, como e-mail, telefone e aplicativos de mensagens facilita o contato entre as equipes e profissionais; assim, a comunicação à distância surge como alternativa para superar algumas dificuldades, como a não disponibilidade de espaço para atendimento conjunto e de transporte para deslocamento das equipes (SILVA et al., 2019a).

Outro espaço de comunicação para a AB é a Comunidade de Práticas, disponibilizada pelo MS na internet, que é um fórum de troca de experiências e de debates sobre o cotidiano do trabalho na AB, que contempla o NASF (BRASIL, 2014). Esse espaço é descrito no Cadernos de Atenção Básica número 39, como ferramenta a ser utilizada por trabalhadores do NASF, embora não tenha sido mencionado em nenhuma das entrevistas. Conhecer experiências de outros municípios e profissionais pode auxiliar na superação de problemas e desafios, e isso pode ser considerado na perspectiva de melhoria do serviço em Londrina.

Dentre as dificuldades relatadas, uma delas foi a cobertura de profissionais em licença. Para dar suporte à UBS cujo profissional se encontra em licença, em especial a licença maternidade, com duração de seis meses, o fisioterapeuta escolhido para dar cobertura na unidade do profissional licenciado, tem que deixar de um a dois dias a sua UBS de origem para atuar em outro local. Por um lado, os usuários de uma unidade não ficam sem atendimento, mas por outro, a unidade de origem sofre prejuízos em relação às ausências do fisioterapeuta.

Dificuldade no acesso a exames pelos usuários e ao atendimento fisioterapêutico na média complexidade tem sobrecarregado a AB. A Demora no atendimento ambulatorial faz com que o fisioterapeuta da unidade acabe tomando essa demanda para si. O problema do usuário no acesso à média complexidade o traz para a UBS com a expectativa de receber atendimento em nível de reabilitação. Dessa forma, o fisioterapeuta inserido na AB fica à mercê dessa alta demanda, e fica impossibilitado de realizar outras ações relativas à atuação no nível primário de atenção, como as ações de prevenção e promoção da saúde (BISPO JÚNIOR, 2010).

Acesso a consultas com médicos especialistas e exames também foram mencionados como uma dificuldade para auxiliar no diagnóstico clínico.

'Nós temos que dar diagnóstico fisioterápico. Esse paciente tem o quê? Uma limitação de ADM, uma parestesia, esse é o meu diagnóstico. Não falar que ele tem um túnel do carpo, quem tem que falar é o médico. E muitas vezes quem fala o que ele tem somos nós. Então, hoje a população não tem acesso a exame e não tem acesso a esse diagnóstico. Aí a gente fica como diagnosticador e tem que resolver o problema. Só que daí a gente manda para essas clínicas, que também estão superlotadas, que não têm um atendimento adequado. Então a gente está numa situação que a fisioterapia cai em descrédito. Porque você manda para essa clínica, que ele é atendido em 10 minutos e é mandado embora, e só fez um choquinho, e a fisioterapia é isso. Fisioterapia não é isso. Então, é difícil (F10)'.

O município de Londrina adotou como estratégia a avaliação fisioterapêutica para complementar a avaliação do médico da UBS, com o objetivo de obter uma avaliação mais detalhada sobre a saúde físico-funcional do paciente, para que os casos que precisem de atendimento nas clínicas terceirizadas sejam classificados da maneira mais adequada possível, nos níveis de risco, e para que sejam encaminhados à especialidade de ortopedia apenas os casos em que realmente haja necessidade.

A gestão, em particular a DRAS, afirma que existem problemas em todos os setores de saúde da autarquia municipal, o que é comum a outros municípios, e que *'para tentar solucionar um problema às vezes surgem outros, em um efeito dominó. Se não acarreta problema na AB, por exemplo, vai acarretar na atenção domiciliar (DAPS)'*.

A DRAS acredita que não é a falta de ortopedista na rede que seja o problema que sobrecarrega o fisioterapeuta, mas sim *'o médico da atenção básica que não descreve o paciente de maneira completa para a regulação poder ser eficiente (FR20)'*. O que resolveria o problema é *'o médico da atenção básica passar o quadro clínico do paciente, e não apenas a hipótese diagnóstica (FR 20)'*.

O protocolo de ortopedia do município vigente desde 2011, não tem sido resolutivo. O tempo de espera agrava o quadro do paciente, e na espera, dependendo da condição clínica, ele fica desassistido.

'É... o grande problema da gente é porque assim, a UBS era para ser referência, só que tem que ter o aporte na especialidade, vamos colocar assim. Então por exemplo, tanto na fisioterapia quanto na ortopedia, vem um paciente aqui, que nem eu estava ontem com uma mulher aqui com uma fascíte plantar, o médico fez o protocolo aqui, passou medicação, não teve melhora, orientei a respeito de calçado, exercício para fazer, também não teve melhora. Daí o processo seguinte seria, por exemplo, foi o que eu fiz, eu pedi uma palmilha, eu falei, ela trabalha muito tempo em pé, falei, ah, você vai ter que usar uma palmilha porque ela tem o pé cavo, só que a fila da palmilha é um ano, um ano e 2 meses, aí eu falei: se não desse certo com a palmilha, o próximo passo seria uma infiltração. Só que para conseguir chegar num ortopedista, para ... vai ser uns 3 anos (F8)'.

Brito, Mendes e Santos Neto (2018) consideram que a ampliação do acesso aos serviços de saúde propiciado pela expansão e consolidação da ESF não foi acompanhada pela reorganização dos demais níveis de atenção à saúde, em especial do nível secundário, e além disso, o acesso restrito e fragmentado aos serviços especializados pode revelar uma incipiente configuração de RAS.

A AB deve ser resolutiva e precisa encaminhar para outros níveis os problemas não solucionados em seu âmbito. Para atingir a assistência integral é necessário ampliar a capacidade do sistema, com garantia do acesso à AB, de média e alta complexidade, sem perder de vista as ações promocionais e de controle de riscos (BISPO JÚNIOR, 2010). No entanto, parece haver uma dificuldade na implementação real da integralidade na saúde, problema também enfrentado em outros municípios brasileiros.

Outra limitação relatada, quanto ao protocolo de ortopedia vigente no município, é a alta demanda por avaliações ortopédicas solicitada aos fisioterapeutas, que ocorrem nos atendimentos individuais e têm tomado grande parte de sua rotina de trabalho.

‘Se der para o médico encaminhar direto sumia a nossa demanda. O tal do protocolo de ortopedia. O paciente obrigatoriamente, para esvaziar a agenda de ortopedia, passa por nós para ir para a clínica. Isso incha a nossa agenda. Então, não é culpa da UBS, não é culpa da atenção básica, é culpa do município, da estrutura do município (F17)’.

A DRAS também entende que o profissional fisioterapeuta se sente, de certa maneira, incomodado com essa grande demanda de avaliações. Acredita já ter sido repassado ao corpo médico que *‘readéquem as suas prescrições. Mas é uma situação difícil de ser revertida (FR21)’.*

O setor de regulação atribui o problema da falta de especialistas – ortopedistas – à mesma questão das clínicas: o baixo valor pago. *‘Então, como solucionar o problema se os ortopedistas não se interessam por trabalhar no SUS? Não dá para ficar esperando por essas contratações sem tentar encontrar alternativas (FR20)’*, porque o usuário está precisando de atendimento e não pode ficar desassistido.

Essa situação gera um ponto de tensão na organização do processo de trabalho entre a DAPS, DRAS e fisioterapeutas. Para Merhy (2004), existe um campo de tensionamento, localizado entre o potencial criativo do trabalho vivo em ato e o potencial de captura desse trabalho vivo pelas forças cristalizadas do trabalho morto, inscrito nas normas e nos protocolos, o que muitas vezes conduz as relações no cotidiano de um serviço de saúde (BADUY *et al.*, 2017). As abordagens e intervenções dos profissionais de saúde, de modo geral, focam os aspectos biomédicos e dos procedimentos, e suas orientações tendem a ser normativas e prescritivas, com pouco

diálogo com a singularidade do usuário (MERHY, 2004). O que norteia essa tensionamento é a grande demanda pelas consultas individuais, que precisa ser discutida entre os envolvidos, na tentativa de minimizar esse tensionamento.

Pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde (MERHY, 2004). Diante desse contexto, a DAPS entende que *'o fisioterapeuta deve se ver como membro de uma equipe, trabalhador em um território que é vivo'*. Os profissionais mais capacitados para dar conta dessa demanda ortopédica, segundo sua opinião, são o médico e o fisioterapeuta, considerando este último como apoio à equipe de SF, inserido numa equipe NASF. Já houve um debate entre gestores e profissionais acerca de qual o verdadeiro papel do fisioterapeuta no NASF, e o resultado foi de que algumas questões precisam ser repensadas.

As relações macro e micropolíticas na saúde encontram-se nos espaços de gestão do processo de trabalho e das organizações de saúde, e que as configurações que adquirem passam necessariamente pela presença do trabalho vivo em ato (MERHY, 2004). Para reverter essa situação de tensionamento entre gestão e trabalhadores, é preciso uma revisão do protocolo de ortopedia vigente no município. *'Um jeito para atuar em NASF, fazer mais prevenção, seria uma mudança em protocolos (F16)'*, desvinculando a relação que hoje o fisioterapeuta tem com a regulação, pois mais da metade da agenda dos fisioterapeutas é consumida por consultas individuais para avaliação, em apoio à regulação no processo de encaminhamentos.

O princípio da integralidade, considera que além de cada pessoa ser considerada como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações voltadas para diagnóstico, recuperação e reabilitação não devem estar dissociadas das voltadas para promoção e prevenção de agravos (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007; SÁ, 2019).

A alta demanda por avaliações ortopédicas também se reflete na dificuldade de implantação de ações de promoção da saúde. Uma análise a respeito será discutida no item "atendimento individual", nas ações fisioterapêuticas. Ressalta-se aqui que para reverter essa situação é preciso apoio de gestores e equipes de SF no desenvolvimento das ações de promoção da saúde na AB, pois a visão institucional

ainda é focada na produção e na pressão pelos atendimentos assistenciais aos usuários (RANDOW *et al.*, 2016).

A efetivação de RAS também foi apontada pelos entrevistados como uma dificuldade, em especial na prática de contra referência, nos encaminhamentos para o serviço de média complexidade. Essa dificuldade foi igualmente encontrada em outro trabalho, onde se constatou que quase todos os fisioterapeutas de equipes NASF relataram não haver contra referência por parte dos serviços especializados para a UBS (SOUZA; SANTOS, 2017). A fragmentação do cuidado é um desafio para diversos sistemas de saúde ao redor do mundo, não só para o SUS (ALMEIDA, 2018). Nesse sentido, a promoção da saúde que se realiza na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visa romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2006c).

Mais uma dificuldade apontada é a configuração do NASF construída no município. Como a fisioterapia iniciou na AB em Londrina no final da década de 90, antes da implantação do NASF, algumas características do serviço de fisioterapia do início de sua história perduram até hoje. Após o concurso público de 2014, a primeira intenção da gestão foi tentar dividir os fisioterapeutas em fisioterapeuta clínico e fisioterapeuta matriciador: os primeiros fariam os atendimentos ambulatoriais, e os segundos fariam o papel do fisioterapeuta previsto nas diretrizes do NASF.

Essa tentativa não deu certo. Num segundo momento, os profissionais do NASF, não só os fisioterapeutas, não permaneciam no mesmo dia na mesma UBS: cada profissional atuava em uma unidade em diferentes dias, e assim os diferentes profissionais não se encontravam. Dessa maneira o trabalho interprofissional não acontecia, e alguns fisioterapeutas viam a situação com desaprovação.

Alguns entrevistados relataram entender uma desconfiguração do NASF no município. Já a DAPS defende que não é esse o entendimento, e sim um jeito de fazer NASF. '*Londrina é pioneira na forma de fazer NASF (DAPS)*'. Considera que faltam estudos em relação ao assunto, e questiona: '*Qual é a configuração do NASF?*' A gestora entende a crítica, mas vê que o modelo adotado '*é um modelo de estar junto com o usuário, dentro do território (DAPS)*'.

As diferentes visões sobre o processo de trabalho do NASF no município é um outro ponto de tensionamento nas relações de trabalho. A existência de tensões está

presente tanto no plano das práticas de saúde *in loco*, quanto entre os modelos de gestão e de produção da saúde, por isso se torna relevante refletir sobre o processo de trabalho em saúde no NASF e na AB como um todo (SILVA *et al.*, 2019a).

Segundo Formiga e Ribeiro (2012), a proposta do NASF é a primeira aproximação regulamentada da fisioterapia na AB, o que não significa necessariamente que ela seja adequada às reais necessidades de saúde da população. Seguramente, a proposta contida no NASF foi o possível de ser implantado/regulamentado no atual cenário da AB no Brasil, frente às dificuldades de financiamento.

Em algumas falas emergiu como dificuldade o desconhecimento de usuários, gestores e dos outros profissionais da saúde em relação às potencialidades da atuação do fisioterapeuta na AB. Essa dificuldade também é descrita na literatura (CASTRO; CIPRIANO JÚNIOR; MARTINHO, 2006; FORMIGA; RIBEIRO, 2012). Ainda há desinformação de profissionais de outras áreas, que veem o fisioterapeuta dentro do paradigma da doença ou que desconhecem qual deva ser a atuação desse profissional no campo da AB (CARVALHO; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

'Eu nem falo da gestão, porque eu acho que é algo que está tão longe da gente... Eu acho que dentro da unidade já seria o suficiente para mim. Eu acho que dentro da unidade você ser reconhecido, se o teu trabalho ajuda todo o processo, isso vai aos pouquinhos chegar lá na gestão, entendeu? (F6)'

'Agora os dificultadores, é que as pessoas não compreendem a função do fisioterapeuta na atenção básica. Entendeu? Porque o NASF ele vem ser apoio. Nós não somos um ambulatório, não somos uma clínica. E o paciente ele vem na intenção de ser atendido aqui no posto como se aqui fosse um ambulatório de fisio. Então, quando ele chega para a avaliação, é nítida a cara de desânimo da pessoa... ah, eu não vou ser atendido aqui? Porque, é claro, quem não queria ser atendido próximo da sua casa? (F10)'

A relevância da atuação do fisioterapeuta no NASF depende de esclarecimentos à comunidade, aos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços, do potencial desse profissional nas ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação em saúde, e não se restringe à reabilitação (REZENDE *et al.*, 2009). Também é necessário o conhecimento das ações do fisioterapeuta na AB por parte

de fisioterapeutas também, que tiveram formação voltada para o modelo biomédico e que desconhecem a atuação do fisioterapeuta nesse nível de atenção.

No momento das entrevistas, a maioria das unidades estava tendo a presença dos profissionais do NASF em um mesmo dia, ou seja, agora a equipe NASF faz o rodízio nas UBS de maneira conjunta, o que tem mostrado resultados satisfatórios e tem permitido que a prática interprofissional traga benefícios aos usuários. *'Na verdade, o nosso NASF não estava muito unido, eles começaram a andar juntos agora. Fica cada dia em uma unidade, antes eles estavam todos separados. Acho que agora a gente vai conseguir montar alguma coisa, assim, mais específica juntos (F9)'*.

Esse novo arranjo mostra uma intenção de ajustar o profissional e as ações à política do NASF, e reforça que o serviço de fisioterapia no município é um processo em constante construção, buscando a consolidação das práticas fisioterapêuticas.

Com pouca aproximação entre os profissionais do NASF e a visão de alguns profissionais ainda pautada no modelo biomédico, grande parte da agenda do fisioterapeuta é tomada por atendimentos individuais. Braghini *et al.* (2016) identificaram como entraves no processo de trabalho dos fisioterapeutas no NASF o planejamento desarticulado da ESF e a priorização da atuação em reabilitação da saúde. Os autores concluíram que o fisioterapeuta do NASF possui um papel importante junto às equipes de saúde, no que se refere à atenção às demandas do município estudado, mas há necessidade de se consolidar o apoio matricial e o planejamento coletivo das ações.

O fisioterapeuta sabe de suas potencialidades em algumas áreas da AB, mas ainda tem limitações para enfrentar ações de matriciamento, de educação em saúde, e de promoção de saúde na UBS. Um dos entrevistados considera que o município já tem os profissionais, mas é preciso *'reorganizar a estrutura do NASF, porque hoje o que o NASF faz não é NASF, se é 70% de reabilitação e 30% de promoção não é NASF. Daí a função do fisioterapeuta está mais de clínico do que NASF mesmo, de promotor de saúde (F19)'*.

A maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial restrito sobre o processo saúde. O enfoque de clínica ampliada, sugere maneiras de ampliar esse modelo, porém aplicar as ferramentas do NASF para dar resolutividade às necessidades de saúde dos usuários ainda é uma necessidade no cotidiano dos serviços (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CORREIA *et al.*, 2010).

É consenso na literatura que o NASF e as equipes da ESF devem trabalhar juntas, e que existem potencialidades e desafios enfrentados no cotidiano de trabalho das equipes. Porém, há diferenças significativas que interferem nessa parceria, como prioridades, ferramentas de trabalho, modelos de gestão e de atuação (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Existe hoje um incômodo, por parte de muitos fisioterapeutas, no sentido de a coordenação dos profissionais do NASF estar aos cuidados de uma enfermeira que não é da equipe NASF. Os fisioterapeutas reconhecem o trabalho da responsável, mas apontam dificuldades em relação às demandas específicas da profissão.

‘E hoje a gente está brigando, e vai acontecer e você vai ver, quem vai cuidar da fisioterapia, como um dia já cuidou, vai ser fisioterapeuta. Hoje é enfermeiro que cuida, eles estão chegando num ponto que eles estão vendo que eles não estão dando conta da especialidade (F12)’.

‘Acho que o NASF teria que ser um profissional do NASF, que conhece todas as particularidades, todas as características. Então quando eles vão defender alguma coisa do NASF, é a enfermeira (F19)’.

Os relatos também expressam a necessidade de ter um fisioterapeuta articulador entre os profissionais das unidades e a gestão, com embasamento teórico e prático, para auxiliar nas conquistas que se fazem necessárias.

A falta de recursos financeiros para implantação de novas práticas e de espaço físico para realização das atividades em grupos foi outra dificuldade apontada. Falta de recursos financeiros para a saúde pública não é específica do município de Londrina, mas de grande parte dos serviços públicos de saúde do país (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018; CASTRO; CIPRIANO JÚNIOR; MARTINHO, 2006; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2015).

A dificuldade de espaço físico, perdura desde o início da história da fisioterapia no município. Alguns profissionais se surpreendiam quando eram informados que teriam que atender na sala de inalação ou na igreja. Em pesquisa realizada em 2005 em Londrina, quando se iniciava a inserção da fisioterapia no PSF, essa dificuldade já era relatada (GALLO, 2005). Entretanto, entende-se que *‘tudo que depende de recursos financeiros se torna mais difícil de solucionar, principalmente na atual conjuntura política e econômica do país (DAPS)’*. Alguns entrevistados gostariam de ter uma sala para atendimentos, outros almejam um espaço amplo para realização de grupos. No

último exemplo, pleitear o espaço que é utilizado através das parcerias intersetoriais pode ser uma utopia, pois é difícil a UBS ter um espaço amplo como o salão de uma igreja, por exemplo.

Apesar de todas as dificuldades relatadas, é consenso entre os entrevistados que hoje o município já não se vê sem a presença dos fisioterapeutas na AB. O período de férias é um parâmetro da importância desse profissional na equipe, pois nos trinta dias de férias não há cobertura, a unidade fica com a agenda fechada, e *'as unidades, as coordenadoras, ficam desesperadas, "por favor, pelo menos um dia da semana, manda um fisio para mim" (DAPS)'*.

O acesso pleno à fisioterapia pela população e a concretização das propostas das políticas públicas de saúde do país dependem da adoção de uma concepção ampla de saúde, e principalmente da capacitação de recursos humanos para o processo de reorganização da AB proposto pelo MS (RAGASSON *et al.*, 2002). É preciso investir em formação e capacitação de gestores e trabalhadores da saúde, visando ao estímulo da adoção de práticas reflexivas e dialogadas (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Outra estratégia necessária para consolidar o papel do fisioterapeuta na AB é a participação dos ACS como forma de ampliar o cuidado. A parceria entre fisioterapeutas e ACS é essencial, uma vez que os agentes são aptos a identificar as necessidades para o cuidado fisioterapêutico. Eles se envolvem no tratamento do indivíduo, auxiliando no processo de estímulo aos sujeitos e a seus familiares de maneira que sigam as orientações dadas pelo fisioterapeuta (RIBEIRO *et al.*, 2007).

A atuação do fisioterapeuta na AB deve constituir-se como nova força para a transformação da realidade social e epidemiológica (BISPO JÚNIOR, 2010). Limitar boa parte do tempo na agenda a atendimentos individuais inviabiliza a prática na perspectiva da integralidade do cuidado, e existe a necessidade de superar essa demanda no município estudado.

Considera-se como desafios da AB a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações. Ressalte-se que a organização dos processos de trabalho dos NASF deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, e deve ser estruturada priorizando-se o atendimento compartilhado e interprofissional, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, de forma a gerar experiência para todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2014).

5.5 Ações fisioterapêuticas

A rotina de trabalho padrão dos fisioterapeutas envolve atendimento individual, atividades em grupo e visitas domiciliares, *'rotina mesmo tem o dia certo da visita, os dias dos grupos que são os meus, da fisio, e os atendimentos individuais de agenda (F11)'*. As demais atividades que surgiram dentro da rotina de trabalho, são diversas, e variam muito em relação ao perfil do profissional, em relação a coordenação da unidade e equipe, e quanto às características da população assistida. Essas atividades serão descritas mais adiante.

Nas UBS da zona rural a rotina de trabalho é um pouco diferenciada, principalmente diante do perfil da população assistida e da dificuldade de acesso à fisioterapia ambulatorial nas clínicas terceirizadas, localizadas no centro da cidade. Muitas vezes o atendimento fisioterapêutico tem que ser realizado na unidade mesmo, sem muitos recursos. Entre as estratégias usadas para atender às demandas dos usuários da zona rural estão os grupos e a auriculoterapia. Os fisioterapeutas que atuam nas unidades rurais não compõem as equipes NASF.

A característica das ações do fisioterapeuta que atua na UBS rural é o atendimento individual para tratamento das condições de saúde do usuário, influenciada pelas peculiaridades do território. Nesse espaço, as ações de promoção da saúde e os encaminhamentos para tratamento na média complexidade pouco acontecem, pois essa não é a principal demanda da população assistida.

A literatura brasileira ainda era escassa a respeito das práticas fisioterapêuticas na AB, particularmente em relação à rotina de trabalho e às ações profissionais. A partir de 2018 observou-se um incremento a respeito, por meio de publicações de

experiências exitosas, como referências para subsidiar discussões sobre essa temática. (FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018; LOPES; GUEDES, 2019; MIRANDA, 2019; QUIRINO *et al.*, 2019). No âmbito das políticas públicas de saúde, as diretrizes do NASF preconizam que as equipes NASF devem atuar considerando: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009b).

As diretrizes do NASF se destinam a orientar quanto a intervenções diretas das equipes a usuários e famílias, as quais podem ser realizadas com a condição de estarem sempre sob encaminhamento das equipes de SF, com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso. Fazem parte ainda dessas diretrizes que o atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias; há que se levar em conta as diversas modalidades de intervenção no território para planejamento das ações, como desenvolvimento de projetos de saúde, no apoio a grupos, nos trabalhos educativos e de inclusão social e nas ações junto aos equipamentos públicos (BRASIL, 2009b).

As práticas fisioterapêuticas realizadas no município serão detalhadas a seguir.

5.5.1 Atendimento individual

Todos os fisioterapeutas possuem uma agenda de atendimentos na UBS. Os pacientes são agendados por demanda espontânea ou via encaminhamentos. Grande parte dos atendimentos individuais é chamada de “triagem”, uma recomendação do protocolo de ortopedia do município.

Devido à alta demanda por essas consultas, fisioterapeutas relatam sobrecarga com essa atividade, dificultando a prática de outras ações e trazendo ainda algumas outras consequências. Para uns, essa rotina de trabalho recomendada pela DAPS no município descaracteriza o verdadeiro papel do fisioterapeuta no NASF. Outros compreendem que foi o caminho encontrado pela gestão para tentar diminuir a fila para consulta com especialista em ortopedia. Houve divergências nos relatos sobre esse tema.

Um outro olhar sobre esse tensionamento seria o fisioterapeuta vislumbrar esse primeiro contato com o usuário como um momento de acolhimento. Lopes (2019) denominada esse momento de primeiro contato e triagem, onde o fisioterapeuta executa uma escuta qualificada e realiza o exame propedêutico, para posteriormente

irá desenhar a linha de cuidado para o usuário. Essa primeira aproximação é um momento de acolhimento, onde as primeiras interações são estabelecidas e podem influenciar a relação terapeuta paciente ao longo do tempo.

Após a consulta com o fisioterapeuta, o usuário pode ser encaminhado para os grupos existentes na unidade ou para o atendimento nas clínicas terceirizadas. Quando o fisioterapeuta percebe que o caso é agudo e o acesso ao atendimento em nível de média complexidade será moroso, mantém o paciente em atendimento na UBS ou o encaminha para algum grupo até que a vaga na clínica terceirizada seja disponibilizada, para que o usuário não fique desassistido.

‘Então, até o risco 3, que seria nossa prioridade dentro da fisioterapia, demora aí 45-60 dias. Às vezes o paciente vem aqui, pós-operatório de joelho, vamos colocar assim. Daí o que eu tenho feito (que eu acho que é certo né, as outras UBS também fazem assim), você orienta os exercícios, aí a pessoa vai fazendo em casa, e você vai acompanhando aqui, vai fazendo goniometria, perimetria, para acompanhar bem a evolução, e daí a hora que sair a vaga a pessoa vai para fazer por lá (F8)’.

Em geral, nas consultas individuais são realizadas avaliações que contemplam o estabelecimento de objetivos e a elaboração de um plano de tratamento. Esse momento também é utilizado para fazer tratamento de casos agudos de dor, condições de pós-operatório, e de crianças com alterações respiratórias, situações que não podem esperar por tratamento na média complexidade.

Alguns fisioterapeutas utilizam a auriculoterapia nos atendimentos individuais, em especial em casos de queixa de dor aguda. A gestão apoia a realização da prática: *‘depois que eu fiz o curso, a prefeitura começou a mandar o material também, ... semente é uma coisa barata né, micropore tem aqui... a acupuntura entrou dentro das PICS (F2)’.* Os fisioterapeutas que utilizam essa prática relatam observar melhoras nos pacientes, mas não há instrumento para essa avaliação.

Para melhorar a saúde da população é preciso atuar na prevenção, promoção, educação e tratamento de doenças, incorporando o conceito ampliado de saúde e de autonomia na população. Contudo, o tempo dedicado a essas ações ainda é incipiente quando comparado ao destinado à demanda espontânea, o que gera um expressivo número de consultas individuais (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018). Esse achado corrobora com as falas dos fisioterapeutas de Londrina, que reconhecem ter sua rotina de trabalho tomada, em maior parte do tempo, pelas consultas individuais.

Isso nos leva a considerar que há pouco planejamento na organização do processo de trabalho na AB, levando a oferta insuficiente de ações nas unidades.

O momento do atendimento individual também é usado para uma atenção mais específica ao paciente. Muitos fisioterapeutas usam esse momento para passar orientações sobre o caso específico e acerca de cuidados gerais sobre a saúde. Alguns exercícios também são orientados nesse momento, onde há estímulo ao autocuidado e à corresponsabilização no tratamento. A PNAB traz como objetivo desenvolver uma atenção integral, com impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (ANDRADE *et al.*, 2015), onde as orientações dos profissionais de saúde são incentivos à mudanças de hábitos e corresponsabilização.

A avaliação é uma das atividades que compõem a prática do fisioterapeuta, que este deve estar apto a realizar triagem clínica de primeiro contato na AB (LOPES; GUEDES, 2019). Considerando que os comprometimentos musculoesqueléticos, frequentes na população em geral, podem ser considerados como um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo (WENDT *et al.*, 2017), entende-se que a alta demanda por essas avaliações seja queixa frequente na UBS. O primeiro contato e a triagem englobam as ações de escuta qualificada e o exame propedêutico de avaliação dos sistemas corporais relacionados com a capacidade funcional, os quais permitem ao fisioterapeuta estabelecer o diagnóstico e desenhar a linha de cuidado para o usuário (LOPES, 2019).

Nas experiências norte-americanas em modelos de assistência fisioterapêutica de cuidados primários, pacientes são encaminhados à fisioterapia para triagem, quando o acesso ao fisioterapeuta costuma ser o primeiro contato. Nesse cenário o profissional, no acolhimento, toma decisão em relação à linha de cuidado do paciente: encaminha-o para o serviço de fisioterapia adequado, juntamente ou não com o encaminhamento para outro profissional, ou ainda o paciente pode não ter indicação de fisioterapia (LOPES, 2019).

O papel do fisioterapeuta de fazer triagem incomoda um pouco alguns entrevistados, como discutido anteriormente no processo de trabalho. Entendem, no entanto, essa necessidade, pois os encaminhamentos médicos são incompletos e dificultam o trabalho da regulação. Alguns acreditam que essa função tenha valorizado seu trabalho, em particular pelas avaliações minuciosas que realizam.

‘Triar. Triar paciente. Infelizmente, porque a gente perde muito tempo com isso. Porém os encaminhamentos que chegam para mim são assim: ‘encaminho paciente com dor lombar’. Não fala tempo, não fala nada... o médico não faz um teste, então realmente precisa dessa triagem (F14)’.

‘Era para ser um apoiador, não ficar preso a essa agenda, essa guia de ortopedia que volta e você tem que resolver... era para trabalhar mais em grupo, era para trabalhar mais prevenção, mas a gente não trabalha, a gente trabalha mais no curativo. Então é bem diferente do que está no livro, a gente não é tão educação permanente em saúde, tão espaço de matriciamento ... (F15)’.

O Caderno de Atenção Básica número 39 traz como elementos constituintes da agenda do NASF: reuniões de matriciamento com as equipes de AB; atendimentos individuais (específicos e compartilhados); atendimentos domiciliares (específicos e compartilhados); grupos e atividades coletivas (específicas e compartilhadas); espaço destinado à elaboração de materiais de apoio; e reunião entre os profissionais do NASF. Observa-se que as ações dos fisioterapeutas de Londrina têm contemplado quase todas as atividades previstas, mas não de maneira equânime. Não foi observado em nenhuma fala um espaço para elaboração de materiais de apoio. O atendimento individual específico foi relatado por boa parte dos profissionais como a ação mais presente na agenda, e muitos desses atendimentos são direcionados para a triagem dos usuários.

Devido à alta demanda por atendimentos individuais, para os fisioterapeutas na AB as ações ficam mais voltadas para assistência e reabilitação do que para promoção e prevenção em saúde: *‘Todo lugar eu faço mais assistência (F2)’; ‘Aí, eu acho uns 80% é tratamento..(F9)’; ‘Acho que metade (F13)’; ‘Ah... ainda, vamos colocar 70% de reabilitação. Promoção... 30%. (F19)’.*

De acordo com Souza e Santos (2017), pode-se considerar que profissionais de saúde se encontram em situação de vulnerabilidade, com grande demanda por atendimento, o que dificulta aos profissionais do NASF ampliarem suas possibilidades de atuação para além das ações específicas de cada profissão.

As ações prioritárias no NASF devem ser definidas no momento de implantação mas não devem ser consideradas definitivas, pois novas necessidades e possibilidades de atuação se configurarão no trabalho integrado e colaborativo (BRASIL, 2014). Nota-se, na análise das falas dos fisioterapeutas, que a discussão

sobre revisão e aprimoramento ao longo do tempo sobre as ações fisioterapêuticas não têm acontecido a contento.

Trabalhar apenas com consultas de curta duração não é suficiente para o manejo das condições crônicas (SESA-PR, 2018). Na perspectiva de orientar a prática, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que tem fundamentação na determinação social de saúde (MENDES, 2012), pode ajudar no manejo das condições crônicas, que estão associadas à alta demanda pelos atendimentos individuais (LOPES, 2019).

O SUS é um sistema complexo, que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2015). A integralidade aponta para a superação da dicotomia serviços preventivos *versus* curativos, e para a atuação em outras áreas além da assistência individual (CARVALHO et al., 2017a). Pela interpretação das falas, considera-se que as os fisioterapeutas não estão tendo espaço na rotina de trabalho para desenvolver o princípio da integralidade do cuidado, e desse modo, a organização das práticas precisa ser repensada.

E no repensar do fazer fisioterapêutico na AB, segundo Fernandes (2017), é preciso pensar em outros modos de se constituir enquanto fisioterapeuta, é preciso refletir sobre uma reinvenção da fisioterapia para a produção do cuidado. A formação em fisioterapia, devido ao seu contexto histórico, valoriza o corpo biológico e o movimento humano, dissociados das demais questões que compõe a saúde das pessoas, como as questões psíquicas. Nessa perspectiva, o fisioterapeuta precisa ampliar seu olhar para o outro com abertura para novos conhecimentos, e estar disposto a incorporar novas tecnologias, para exercer a escuta, o diálogo, e assim produzir uma nova forma de cuidado. No âmbito da AB, a abertura para a entrada da fisioterapia numa política de cuidado embasada nas relações e no território, possibilita uma maior possibilidade de invenções frente às ações ampliadas de saúde, e permite à fisioterapia novas possibilidades, de construção de uma fisioterapia inventiva/coletiva (FERNANDES, 2017).

O tema “uso das consultas individuais para avaliações ortopédicas” também foi discutido no subitem “processo de trabalho”, descrito anteriormente, abordando o acesso à fisioterapia e a resolutividade do protocolo de ortopedia.

5.5.2 Grupos

Os grupos coordenados por fisioterapeutas mais frequentes nas unidades são: grupo de dor e de alongamento. Os demais grupos variam de uma unidade para outra, sendo alguns deles interprofissionais, como: tabagismo, obesidade, ombro, coluna, gestantes, fortalecimento e relaxamento, e alguns grupos de técnicas específicas, como *isostretching*, dançaterapia e auriculoterapia.

Alguns grupos são semanais e outros são ofertados em módulos, como é o caso do grupo de tabagismo. A maioria dos grupos acontece nos espaços de igrejas próximas às UBS, por meio de parcerias intersetoriais. Em geral as parcerias ocorrem de maneira satisfatória, porém alguns entraves em dias e horários cedidos pelas igrejas ocorrem esporadicamente. Para grupos pequenos, algumas ações acontecem dentro da própria UBS, nos espaços disponíveis.

Em geral os grupos são coordenados pelo fisioterapeuta, que sempre é acompanhado por um ACS. A adesão aos grupos é bastante diversificada, conforme o tema do grupo, horário de oferta e população assistida. Foram relatados grupos com participação de cinco pessoas até grupo com oitenta participantes.

‘No da dor eu faço alongamento e fortalecimento, basicamente isso, e um pouco de relaxamento. E tabagismo eu participo fazendo a auriculoterapia (F5)’.

‘...a gente atua interprofissionalmente, tem psicóloga, nutricionista e eu, então, eu faço todos os dias alguma intervenção, exercícios de relaxamento, alongamento global, e daí nos outros dias a psicóloga e nutricionista fazem alguma coisa. E a gente fecha o grupo com auriculoterapia.... Depois eu passo para meu grupo que é geralção, a pessoa não fica sem nada, ela tem a disponibilidade dos grupos que tem a UBS (F10)’.

Em algumas unidades foi mencionada pelos profissionais a dificuldade de adesão aos grupos, por parte dos usuários. Contudo, em outras UBS a adesão não é problema, e os pacientes que frequentam os grupos com assiduidade percebem os benefícios da participação, apresentam menos crises dolorosas agudas, procurando menos a unidade para consultas com o médico, segundo os relatos. Outra fragilidade apontada é que os grupos são bastante rotativos, o que dificulta, por exemplo, a realização de avaliações para acompanhamento e registro das evoluções clínicas.

‘Então eu deixo as pessoas experimentarem. Só que assim, a experiência do grupo tem sido muito boa. As pessoas não querem voltar para as clínicas, e não querem sair do grupo (F12)’.

‘Sim. Aqui na unidade a adesão já foi maior. Hoje está um grupo um pouco menor, e mais rotativo. Mas eu acho que é boa sim, porque basicamente os pacientes que voltam em consultório falam “ah, eu estava fazendo o grupo melhorei, parei, piorei”. Então eu ouço muito isso. Todos os pacientes que vão para o grupo é porque têm dor crônica. E eu também entendo que a cinesioterapia que eu faço no grupo ela vai ser mais eficiente do que eletroterapia que a clínica vai oferecer (F17)’.

Nos grupos, é importante que o fisioterapeuta consiga manter o vínculo, e interesse de seus participantes pelas atividades, onde o uso de metodologia educacional que viabilize a troca de experiências e saberes entre os participantes se mostra uma estratégia potente para manter a adesão (MIRANDA, 2019).

Outros fisioterapeutas relatam a dificuldade de realizar os grupos e de ter apoio de outros membros da equipe. Dependendo da UBS é possível realizar grupos interprofissionais, porém, em outras, essa prática não acontece. O ACS deveria acompanhar os grupos, onde existe resistência em algumas unidades, em detrimento de outras onde a participação ocorre de maneira efetiva.

A condução dos grupos deve ser pactuada entre as equipes ESF e NASF; contudo, o que se observa é que os grupos são conduzidos apenas por profissionais da equipe NASF, devido a diferenças nos trabalhos de cada equipe, parâmetros de produtividade exigidos e concepções diversas dos profissionais envolvidos (LANCMAN *et al.*, 2013).

Fisioterapeutas relataram que alguns grupos são mais voltados para prevenção em saúde, e outros têm como objetivo o tratamento, como é o caso do grupo de dor crônica. O fisioterapeuta lotado em uma única unidade tem mais facilidade para ofertar grupos para a população, por conseguir administrar de maneira mais efetiva a sua agenda na unidade.

Um fator que pode influenciar a dinâmica dos grupos é o horário em que acontecem. Grupos ofertados no início da manhã e ao final do dia tendem a uma adesão maior de trabalhadores e estudantes; já grupos no meio da manhã e da tarde são mais frequentados por donas de casa e idosos. Em muitas unidades a divulgação de dias e horários dos grupos é feita por meio de cartazes expostos na recepção.

Alguns grupos podem surgir por demanda da população, por pedido dos usuários, ou pela percepção da equipe de casos que estão sendo recorrentes na unidade. Existe *'grupo da alimentação saudável, que foi uma coisa que estava precisando, eles estavam querendo, então foi uma demanda dos próprios pacientes, mas a equipe acaba apoiando. Já no grupo da atividade física, da caminhada, todos os profissionais participaram, todo mundo teve uma inserção (F13)'*.

Assim como o Caderno de Atenção Básica número 39, o caderno publicado pela SESA-PR em 2018, traz como tecnologias usadas pelas equipes da AB as ações em grupos, indicando que essa abordagem de cuidado é efetiva. O caderno da SESA-PR traz como opções: atenção compartilhada a grupo desenvolvida de forma multiprofissional e interdisciplinar; grupo de pares, que consiste na formação de grupos de pessoas com as mesmas condições de saúde, em que os usuários podem ser os facilitadores nesse processo de cuidado; e grupos operativos, com o objetivo de promover um processo de aprendizagem crítica, visando à mudança de comportamento e de estilo de vida nas pessoas participantes (SESA-PR, 2018).

Em revisão da literatura efetuada por Portes e colaboradores em 2011, sobre as atuações profissionais do fisioterapeuta na AB, a realização de atividades em grupo foi observada em vários trabalhos. Os autores identificaram que a maioria dos grupos era formada por indivíduos portadores de uma patologia já instalada, sendo inexpressiva a referência a atividades com o objetivo principal de promoção da saúde envolvendo indivíduos, com enfermidades ou não, que não apontem uma patologia como critério de inclusão. Deste modo, a marcante presença do modelo assistencial tradicional pôde ser percebida devido à citação de doenças como caracterização e, até mesmo, como denominação dos grupos. Os autores também destacaram a necessidade de investigação epidemiológica e planejamento de ações para melhor atender ao perfil de cada comunidade.

As práticas em grupo constituem importante recurso de cuidado na AB, podendo ser realizadas em diferentes modalidades. Independente da sua organização, o cuidado compartilhado vai além de uma consulta dirigida com o objetivo de atender a necessidades biológicas e médicas, e ultrapassa esse limite para lidar com os aspectos educacionais, psicológicos e sociais de um grupo de pessoas (MENDES, 2016).

Os grupos, quando baseados no vínculo, na escuta e no apoio, constituem um espaço coletivo de reflexão, aprendizado e tomada de decisão, gerando

oportunidades de promoção à saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento (FERNANDES; SOUZA; RODRIGUES, 2019; SILVA et al., 2019a). Envolve também o processo de subjetivação e estabelecimento de vínculos comunitários, como modalidade de atenção coletiva (MENEZES; AVELINO, 2016; RECCO; LOPES, 2016). Os relatos dos fisioterapeutas revelaram que muitos usuários possuem uma percepção positiva em relação às práticas de grupo oferecidas pelo NASF, destacando resultados terapêuticos satisfatórios, criação de vínculos afetivos, proporcionando o fortalecimento das relações interpessoais, bem-estar e melhoria na qualidade de vida.

5.5.3 *Visitas domiciliares*

A visita domiciliar se caracteriza como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, com as finalidades de atenção à saúde, aprendizagem ou investigação (MEDEIROS *et al.*, 2012).

Os fisioterapeutas tomam conhecimento da necessidade de visita domiciliar a algum usuário por intermédio dos ACS. As visitas, que em sua maioria são voltadas para casos agudos, têm o intuito de prestar orientações sobre a nova condição do paciente assistido, que em geral se encontra acamado. Porém, não é raro o paciente e a família terem a expectativa de que receberão tratamento fisioterapêutico no domicílio. O cuidador entende que no momento da visita ele não precisa estar com o paciente para receber orientações, e em alguns casos aproveita a presença do fisioterapeuta para usar aquele período para realizar outra tarefa, de acordo com alguns entrevistados.

'Porque o nosso trabalho da fisioterapia hoje dentro do domicílio, a gente acolhe o paciente no momento em que ele vem de uma internação ou de um momento agudo, crítico da patologia, mas já nesse primeiro dia a gente chama uma solicitação para a fisioterapia ambulatorial, que as clínicas oferecem na cidade... Se for um caso rápido, nós mesmos vamos dar conta, se é uma pneumonia... mas se é um AVC, não tem jeito, a gente tem que mandar (F12)'.

Os critérios para o agendamento das visitas domiciliares são: agudização de pacientes crônicos, alta hospitalar, quando a equipe ESF ou NASF está precisando

de um apoio, ou por demanda da equipe. Atualmente o agendamento tem sido realizado por agenda eletrônica, no sistema *web* saúde.

No domicílio, o fisioterapeuta realiza a visita, com maior frequência, acompanhado pelo ACS, e em algumas oportunidades com outros profissionais da equipe ESF e NASF. Em algumas unidades a visita domiciliar tem acontecido de forma compartilhada, o que permite um maior entrosamento com a equipe NASF. Em algumas situações o fisioterapeuta faz a visita sozinho, mas em áreas de risco recomenda-se o acompanhamento de um ACS. A disponibilidade de veículos na unidade influencia a quantidade de visitas que o profissional ou equipe conseguem realizar na semana.

A visita domiciliar, de acordo com os entrevistados, é resolutiva quando a família e/ou cuidador são participativos, e não é quando não há esse envolvimento. Por conta da demanda, na maioria das vezes a visita domiciliar é feita apenas uma vez, e quando possível é feita uma revisita. Quando se identifica a necessidade de uma intervenção mais efetiva o paciente é encaminhado para a média complexidade.

A visita domiciliar, ferramenta de trabalho para o cuidado das pessoas, aparece como uma atividade imprescindível para o fisioterapeuta que atua na AB, como meio de promover acesso aos usuários e de desenvolver os encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso (FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018; MEDEIROS *et al.*, 2012; MIRANDA, 2019; PORTES *et al.*, 2011; RAGASSON *et al.*, 2002). Em 2011, autores concluíram em estudo que o tempo dedicado à atividade domiciliar e a metodologia de eleição dos usuários que necessitam de atendimentos apresentam-se como grande desafio a ser aprimorado (PORTES *et al.*, 2011). Em Londrina, as visitas domiciliares são previamente agendadas e compõem a agenda semanal do fisioterapeuta, e o tempo médio dedicado à ação varia entre 30 a 60 minutos, nos fazendo pensar que houve avanço no município estudado em relação às questões apontadas por esses autores.

É importante considerar a abordagem familiar durante as visitas, ou seja, que a ação não se restrinja ao indivíduo acometido por alguma condição clínica, mas que se procure estabelecer a corresponsabilização de todos os integrantes da família, com o intuito de ampliar a resolutividade e fortalecer a rede de cuidados (VÉRAS *et al.*, 2004). Genograma e ecomapa são ferramentas de abordagem familiar que podem ser utilizadas nas visitas domiciliares para auxílio no diagnóstico e planejamento das ações (BRASIL, 2014).

A visita domiciliar é um importante instrumento para a humanização do atendimento e de corresponsabilização de fisioterapeutas e usuários com o processo saúde-doença (MEDEIROS *et al.*, 2012).

5.5.4 Outras práticas profissionais

Algumas práticas profissionais, às vezes pontuais, foram relatadas pelos fisioterapeutas, embora não façam parte da vivência de todos. Alguns profissionais se mostraram trabalhadores criativos, que são aqueles que usam o diálogo, a negociação e vinculação com os sujeitos que encontram, e que buscam efetivar o cuidado integral (BADUY *et al.*, 2017; MERHY, 2002).

Uma delas é o matriciamento, que diverge bastante de uma unidade para outra. Em algumas unidades ele acontece com frequência em reuniões de equipe mensais, e em outras só acontece no que se refere à educação permanente em saúde.

'Daí agora, o nosso matriciamento está sendo só de educação em saúde. Por exemplo, na última vez eu falei sobre transferências, e prevenção de quedas né, daí a gente faz com a equipe, com os ACS, com os auxiliares, uma educação em saúde. Não está tendo aquela discussão de caso, e tal. Antigamente a gente fazia fichinha bonitinho, né... mas assim, quando precisa a gente dá um apoio. Matriciamento mesmo, assim certinho, não está tendo (F9).'

O uso das ferramentas tecnológicas propostas pelas diretrizes do NASF, como matriciamento, ainda não está consolidado no mundo do trabalho (LANCMAN *et al.*, 2013). O apoio matricial foi discutido com maior profundidade no item Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

É de consenso entre os fisioterapeutas o incentivo à responsabilização do usuário por sua saúde, e não apenas a dependência do serviço de saúde para resolver suas dificuldades. Foi dado *'o exemplo de uma pessoa obesa, com alterações de coluna, que busca por exames de imagem e consulta com especialista, e que não vê a necessidade de mudar hábitos para perder peso (F10)'*. O trabalho de conscientização da população para seu autocuidado é prática rotineira entre os fisioterapeutas.

Os entrevistados sinalizam que, muitas vezes, o fato do usuário saber que o fisioterapeuta está todos os dias na UBS faz com que ele se sinta cuidado, pois isso representa a possibilidade de um acesso fácil ao profissional.

‘Às vezes ele precisa só disso mesmo, é de uma orientação. Oh, vamos fazer isso? Tem alguns pacientes, pelo fato de eu estar todos os dias, eu acho isso uma vantagem muito grande, ... você consegue fazer uma orientação, e fazer um retorno daqui 15 dias, daqui um mês, entendeu? Você acompanha, vê uma evolução (F11)’.

Alguns profissionais enfatizaram que o fisioterapeuta que está na saúde pública tem que estar próximo das pessoas, cativar os pacientes, estar disposto a fazer uma escuta qualificada.

‘E o profissional que trabalha em saúde pública tem que gostar de perder tempo, ou de ganhar tempo com pessoas. Você tem noção, eu com um tanto desse de pacientes nos meus grupos, o que eu ganho deles? Vida. O tanto que eu ganho no final de uma terapia, no mínimo, todo dia eu ganho 15 abraços. Então é... cativar, cativar. E o grupo é forte porque eu cativo, eu cativo (F12)’.

A fala acima revela, talvez sem o conhecimento teórico, que a fisioterapeuta reconhece a importância do uso de tecnologias leves na produção do cuidado fisioterapêutico. Esse deve ser o perfil do fisioterapeuta que atua na AB, pois assim o trabalho será reconhecido pela população. As tecnologias leves, definidas pelas conexões relacionais, como o vínculo e o acolhimento, referem-se a atitudes próprias do profissional, que é guiado por uma intencionalidade ligada ao campo cuidador (BADUY *et al.*, 2017).

Apesar de alguns profissionais reconhecerem a importância do vínculo, não foi mencionado por nenhum entrevistado de maneira específica a prática do acolhimento. O acolhimento, que é o encontro acolhedor com o outro no cotidiano do trabalho, é uma prática do exercício do cuidado desejável a todas as profissões, por ser dispositivo que permite que as experiências de cuidado sejam coletivas. A construção de práticas de acolhimento pode ultrapassar várias limitações do processo de cuidado (LAZARINI *et al.*, 2017).

O fisioterapeuta deve, também, enfatizar em sua prática profissional as tecnologias leves, relacionais, o que possibilita o exercício do acolhimento e a percepção do afeto presente na relação trabalhador/usuário, para tornar seu trabalho mais resolutivo, enquanto promotor de saúde (SOUZA *et al.*, 2014).

A mudança do modelo assistencial se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde. Em decorrência dessa organização, o trabalho passa a ser determinado pelo uso das tecnologias leves. O

acolhimento ao usuário, por meio da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro, e ainda a capacidade de estabelecer vínculos formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde. Essa prática de cuidado é uma forte estratégia para a mudança do modelo e para a produção do cuidado e da cura, visando à recuperação ou aos ganhos de autonomia dos usuários (individual ou coletivamente), bem como à proteção e à defesa da sua vida (YAMAGUCHI, 2014).

Para a maioria dos fisioterapeutas, o uso das tecnologias leves ainda é pouco discutido e pouco utilizado na prática dos serviços. Como já descrito, apenas recentemente vêm sendo produzidos trabalhos sobre essa temática, o que nos leva a entender que o assunto é tema de discussão atual nos meios acadêmicos, e precisa ser levado para o mundo do trabalho. Estudo sobre a resolutividade das ações fisioterapêuticas na AB sob a ótica de profissionais, por exemplo, revelou que os fisioterapeutas que consideram a prevenção, a promoção e a educação em saúde como práticas inerentes à Fisioterapia avaliaram a resolutividade das ações como boa, e aqueles que consideram apenas o tratamento de doenças apontaram-na como baixa (LIMA *et al.*, 2017). Espera-se em breve poder observar o incremento do uso dessas tecnologias na prática fisioterapêutica.

Uma experiência relatada foi a construção do mapa do território da área de abrangência de uma UBS. O processo foi realizado coletivamente pela equipe, com a participação dos ACS, fundamentais nesse processo. *'A gente fez um mapa atualizado, então tem foto da equipe construindo o território, está bem legal... (F13)'*. Os envolvidos usaram o mapa da prefeitura para identificarem áreas de risco, inclusive riscos ambientais, e conseguiram fazer registros, cadastros das residências, com identificação de áreas descobertas. *'Foi um trabalho produtivo e gratificante (F13)'*, segundo a fisioterapeuta da unidade.

Outra prática realizada pelos fisioterapeutas é o encaminhamento de pacientes para o serviço de Órtese e Prótese e para terapia aquática, que constam das possibilidades terapêuticas ofertadas pelo município. Esses encaminhamentos são parte da rede que é efetiva, principalmente no serviço de Órtese e Prótese, onde o paciente recebe o dispositivo e depois retorna ao serviço de fisioterapia para adaptação.

O uso de ferramentas do NASF faz parte das ações fisioterapêuticas, entre as quais o PTS se mostrou uma das mais utilizadas; contudo, algumas ferramentas

tecnológicas ainda não são rotina nos serviços devido a uma série de fatores. O PTS, por exemplo, ainda não está presente de maneira constante nas ações desenvolvidas pelo NASF, devido ao dispêndio de tempo necessário para sua proposição, à dificuldade de organização de agenda dos diversos atores envolvidos na confecção e execução do projeto, e ainda devido à não incorporação institucional da ferramenta e baixa corresponsabilização na condução do processo pelas ESF (SILVA *et al.*, 2019a).

A utilização do genograma e do ecomapa, que permitem visualizar a relação do usuário com a família e com o ambiente e a comunidade, não foi citada pelos entrevistados. Essas ferramentas ainda são pouco representadas de modo instrumental, talvez pela resistência dos profissionais de aderir a mais um impresso na rotina de trabalho, além do desconhecimento, em vista do perfil de formação de alguns profissionais (SILVA *et al.*, 2019a). Os fisioterapeutas precisam considerá-las, na sua prática de trabalho, como determinantes sociais no processo saúde-doença dos usuários, no qual as abordagens familiar e social compõem a nova perspectiva de atenção à saúde das pessoas (GUEDES; LOPES, 2019). O uso de tais ferramentas pode auxiliar nessa nova abordagem.

Além da integralidade, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, com reflexos óbvios no processo de trabalho das equipes de ESF. São aspectos do território: educação popular em saúde, interprofissionalidade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2009b). Percebe-se que muitos desses aspectos estão presentes nas ações fisioterapêuticas descritas, o que reforça a importância da política de saúde como norteadora da prática.

Foi encontrado na literatura que o fisioterapeuta está apto a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em saúde pública, contribuindo com o planejamento, a investigação e os estudos epidemiológicos; a participar de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva; a avaliar a qualidade, a eficácia e os riscos à saúde decorrentes de equipamentos de uso fisioterapêutico (BARBOSA *et al.*, 2010). Não houve relatos de vivências nessas possibilidades de atuação. Esses autores concluem que as atribuições do fisioterapeuta na AB são estabelecidas pelas evidências científicas de trabalhos da profissão na AB, de acordo com as necessidades dos usuários das ESF e ainda com as ações contidas na Portaria nº 154/2008, evidências influenciadas por fatores que interferem diretamente na viabilidade de sua implantação.

5.5.5 Fatores que influenciam as ações fisioterapêuticas

Algumas facilidades e dificuldades do processo de trabalho, discutidas quando abordamos questões relacionadas à gestão, interferem diretamente nas ações profissionais, como relacionamentos com os demais profissionais, falta de recursos financeiros e de espaço físico, e configuração do NASF no município. Portanto, não serão retomadas. Acrescentaremos aspectos que influenciam as práticas fisioterapêuticas, no âmbito mais específico da atuação profissional.

Atividades como atendimento individual, visitas domiciliares e grupos realizados por fisioterapeutas na AB são descritas em diversos estudos (BRASIL, 2014; CASTRO; CIPRIANO JÚNIOR; MARTINHO, 2006; FERRETTI; SILVA; BRAGHINI, 2018; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; MIRANDA, 2019; OLIVEIRA BRASIL *et al.*, 2005; TRELHA *et al.*, 2007). Políticas de saúde também contemplam as ações de rotina do fisioterapeuta na AB no município estudado (BRASIL 2006; BRASIL 2009b; BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; SESA-PARANÁ, 2018).

Dentre as facilidades, os resultados das ações em grupo têm mostrado sua importância para a melhoria das condições clínicas dos usuários, e já se percebe que usuários que participam dos grupos têm frequentado menos a UBS por conta de agudizações em seu estado de saúde. As mudanças foram sentidas no que se refere à busca pela unidade, e observou-se que *‘a UBS foi começando a esvaziar um pouco mais, você imagina. Se você está atendendo 40 pacientes com dor crônica porque ela não vai melhorar nunca se eles não mudam os hábitos, e agora os 40 estão lá no grupo, entendeu? É diferente, né (F3)’*.

Os grupos trabalham, em sua maioria, o alongamento, fortalecimento e relaxamento do sistema muscular, o que tem mostrado manutenção/melhorias de suas capacidades funcionais. A adesão dos pacientes aos grupos tem sido um facilitador para as ações de promoção em saúde, e *‘com a consolidação do NASF a população hoje, eles estão aderindo mais aos grupos (F19)’*. Isso não acontece ainda em todas as UBS, mas é um caminho para a ampliação das ações de promoção em saúde.

Também foi apontado como facilidade para as ações fisioterapêuticas o bom relacionamento entre a equipe. *‘A equipe trabalha bem, nossa! A equipe é muito gostosa de trabalhar. Tem né, às vezes os problemas próprios da equipe, mas ... todo mundo apoia a*

equipe (F13)'. Nos casos em que a equipe é unida, o apoio acontece nas consultas, nas visitas domiciliares, no matriciamento e nas reuniões.

Bispo Júnior (2010) apresenta ainda algumas possibilidades de atuação do fisioterapeuta na AB e em ambiente comunitário. São elas: vigilância dos distúrbios cinesiofuncionais, orientações posturais, desenvolvimento da participação comunitária, desenvolvimento de ambientes salutareis e incentivo a estilos de vida saudáveis. Por meio dessas ações, o fisioterapeuta concretiza seu papel de promotor da saúde, contribuindo para a saúde individual e favorecendo melhores condições de vida à população, na área em que atua.

Já Portes *et al.* (2011), em revisão de literatura realizada em 2009, identificaram as seguintes atuações fisioterapêuticas na AB: educação em saúde, atividade domiciliar, atividade de grupo, investigação epidemiológica e planejamento das ações, atividades interdisciplinares, atuações acadêmicas, atendimentos individuais nas UBS, atenção aos cuidadores, e atuações intersetoriais e de acolhimento.

As duas referências supracitadas eram os trabalhos mais citados na literatura, no momento de elaboração desta tese, sobre as ações do fisioterapeuta na AB, com reflexões sobre a prática profissional, nesse cenário. As publicações posteriores, em geral, trazem experiências isoladas de uma UBS, de uma região ou cidade. Muito tem sido discutido a respeito das lacunas ainda existentes no campo da formação, mas pouco ainda se encontra sobre as práticas profissionais abrangendo questões de políticas, gestão municipal e processo de trabalho.

Fisioterapeutas relatam ter dificuldades em mensurar e registrar a eficácia de suas ações, em termos de avaliação e acompanhamento da evolução dos pacientes, o que compromete a valorização e a construção científica do fazer fisioterapêutico na AB.

Alguns relataram já ter realizado testes, com algumas escalas, mas atualmente ninguém está conseguindo colocar isso em prática. *'A gente já teve momentos de fazer avaliação individual dos grupos com escala visual análoga (F10)*'. No momento das entrevistas estava sendo realizado o registro de frequência dos usuários nos grupos, assim como o registro das informações no sistema e.sus. Os relatos dos pacientes sobre sua evolução são o parâmetro para o fisioterapeuta avaliar se houve melhora ou não. A rotina de trabalho e a grande demanda de atendimentos consomem a maior parte da carga horária de trabalho. Assim, no dia a dia *'você não prioriza, então a gente não consegue dar indicador de nada (F19)*'.

A falta de registro é prejudicial, pois ele poderia fornecer indicadores de saúde como os de saúde funcional, que são escassos na literatura. Outro ponto que poderia ser fortalecido com os dados seria a comprovação da resolutividade dos problemas de saúde da população por meio das ações fisioterapêuticas. Os usuários também se beneficiam com o monitoramento e o registro das ações: *‘O ano passado a gente fez, o antes e o depois da dor, é bem legal assim, às vezes tem 10 dores, continua com dor, mas tem 6 dores, tem 4 dores, e eles se ligam ‘nossa, verdade, essa dor eu nem tenho mais (F13)’*.

Uma das fisioterapeutas relatou ter *‘um registro das ações do NASF na unidade guardadas em uma gaveta, para que todos tenham acesso (F13)’*. Trata-se de uma prática interessante, que facilita a consulta dos diversos profissionais da equipe, em particular aqueles que não se encontram todos os dias na unidade.

A fragilidade nos registros e na execução do planejamento sistematizado, principalmente no monitoramento e avaliação das ações e na análise de indicadores, compromete a organização das ações e carecem de maior desenvolvimento (BROCARD *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019b). Além disso, os problemas de saúde necessitam ser investigados na comunidade tanto em seus condicionantes biológicos como nos seus sociais, sendo importante o monitoramento contínuo da situação de saúde para avaliar a sua evolução (LOPES; GUEDES, 2019).

As dificuldades em relação ao espaço físico das unidades são muito frequentes. Faltam espaços para os profissionais atenderem aos usuários, principalmente para a realização dos grupos, que em quase sua totalidade ocorrem em espaços cedidos por parcerias intersetoriais, geralmente com as igrejas do bairro. *‘Ter um local dentro da unidade para realização dos grupos seria importante para o usuário reconhecer isso como forma de tratamento, e viabilizar o armazenamento de materiais, como colchonetes, bolas e halteres (F10)’*.

Segundo apontado pela DAPS e por Souza *et al.* (2013), a falta de espaço físico e a preocupação com a escassez de recursos, como máquinas e equipamentos, revelam uma visão limitada do papel do fisioterapeuta, pois associa esse papel a uma visão instrumental da racionalização do cuidado em saúde. Nessa perspectiva, evidencia-se que os profissionais com esse entendimento estão condicionados às tecnologias leve-duras para exercer suas práticas profissionais. Está previsto nas diretrizes do NASF, bem como é recomendado como responsabilidade de todos os profissionais da equipe, a intersetorialidade, que prevê o desenvolvimento de ações

coletivas de integração entre setores, como escolas, associações de bairros e espaços de lazer (BRASIL, 2009b).

Algumas dificuldades do fisioterapeuta em sua atuação na AB e em equipes NASF já foram descritas na literatura.

Barbosa *et al.* (2010) observaram o trabalho de quatro fisioterapeutas inseridos no NASF de um município de Minas Gerais, e apontaram como dificuldades para atuação na equipe NASF: (1) dificuldade de identificação de grupos de risco por meio de levantamentos epidemiológicos; (2) desconhecimento do território como ambiente vivo, com fatores sociais e culturais agregados; (3) integração do NASF com as equipes da ESF; (4) diferença da carga horária em relação aos demais profissionais do NASF e da ESF; (5) grande demanda reprimida para fisioterapia; (6) formação assistencialista, o que dificulta o acolhimento e a organização das ações; (7) troca de trabalhos de grupos operativos por atendimentos individuais; (8) deficiência na formação clínica, o que impede o desenvolvimento e a flexibilidade dos profissionais, fazendo com que necessitem de mais tecnologia para trabalhar; (9) prática isolada observada em todos os grupos, o que dificulta a atenção integral à comunidade.

Fernandes *et al.* (2016), em análise do processo de trabalho com 37 fisioterapeutas distribuídos em 21 municípios de Mato Grosso do Sul, concluíram que o modelo assistencial-reabilitador tem sido o condutor das ações dos fisioterapeutas. Entre as dificuldades encontradas destacaram a falta de capacitação para ingressar no NASF, pouca articulação entre equipe NASF e equipes ESF, e utilização insatisfatória de ferramentas do NASF, exceto a clínica ampliada.

Braghini, Ferreti e Ferraz (2017) apontaram, em estudo sobre os fisioterapeutas do NASF em município do estado de Santa Catarina, a falta de treinamento para atuar no NASF bem como para a implementação de práticas corporais. Os autores afirmam que a educação permanente é uma estratégia eficaz para a organização e a transformação dos serviços de saúde, tendo potencial para mudanças na formação dos trabalhadores. Também relataram dificuldades em relação a espaço físico e a materiais, indisponibilidade de veículos para as visitas domiciliares, tempo insuficiente para desenvolver o trabalho no NASF (no caso, cada fisioterapeuta era responsável por até seis unidades, com jornada de trabalho de 20 horas semanais), falta de planejamento nas ações e de compartilhamento de responsabilidades entre os membros da equipe.

Pesquisa com fisioterapeutas integrantes do NASF em Salvador-BA, revelou alguns limites para ações terapêuticas efetivas e de monitoramento: ausência de recursos e de materiais, dificuldade de transporte, desarticulação da rede, dificuldades com estrutura física para o trabalho, falta de apoio gerencial, e baixa participação da ESF e da comunidade no desenvolvimento do trabalho no NASF (SOUZA; SANTOS, 2017).

Enfim, estudos com fisioterapeutas do NASF de diversas regiões do país apontam algumas dificuldades semelhantes, independente de características específicas dos territórios em que esses profissionais atuam. Se antes havia escassez na literatura, agora a literatura já nos aponta as principais dificuldades na consolidação do trabalho do fisioterapeuta no contexto da AB. Esses achados podem subsidiar discussões para os possíveis caminhos a seguir no enfrentamento dos desafios já conhecidos.

Dentre as habilidades apresentadas no Quadro 1, a mais praticada e reconhecida pela gestão é a triagem no primeiro contato com o paciente, e as que precisam ser melhor desenvolvidas são a tomada de decisão e liderança, habilidades essas também relacionadas à gestão do processo de trabalho.

Observou-se, nos relatos desta tese, que as ações praticadas pelos fisioterapeutas no município de Londrina estão em consonância com os achados na literatura. Algumas ações não foram comentadas pelos entrevistados, como atenção aos cuidadores e acolhimento. Em contrapartida, outras identificadas no município estudado são quase escassas na literatura, como a realização da auriculoterapia e as reuniões mensais de educação permanente.

Souza *et al.* (2015) averiguaram que a forma pela qual o fisioterapeuta produz o cuidado no NASF vem se consolidando ao longo dos anos, e que as dificuldades relatadas precisam ser superadas diante das experiências conhecidas. Acrescentam que determinadas atribuições características do fisioterapeuta propostas pelo NASF ainda não estão sendo desenvolvidas dentro da formação acadêmica de maneira satisfatória, por muitos fatores. Portanto, a profissão carece de mudanças imprescindíveis na formação dos novos profissionais, bem como de estratégias de educação permanente para os profissionais já no mercado de trabalho, com ênfase naqueles que atuam na AB.

Perfil da população

As características da população assistida também influenciam as ações realizadas pelo fisioterapeuta na UBS.

Alguns usuários ainda têm dificuldade de acesso aos serviços de fisioterapia na AB e às ações em nível de média complexidade. Em área de cobertura muito populosa, o fisioterapeuta acaba tendo que administrar uma agenda com fila de espera, enquanto nos grupos, devido às características do trabalho e do espaço físico, não é possível contemplar todos os usuários nas ações. Em relação ao acesso, outra dificuldade é quando a população é carente e o usuário relata que não tem condições de chegar até a unidade para realizar a fisioterapia, o que impossibilita o tratamento. Essas dificuldades são descritas na literatura por outros autores, existindo desde o início da inserção do fisioterapeuta na AB (BISPO JÚNIOR, 2010; CASTRO; CIPRIANO JÚNIOR; MARTINHO, 2006; FORMIGA; RIBEIRO, 2012).

Muitos usuários acreditam que ter um fisioterapeuta na unidade próxima de sua casa permite realizar tratamento em nível de média complexidade ali, sem precisar se deslocar para uma clínica em outra região da cidade. Contudo, não é essa a proposta de trabalho do fisioterapeuta na AB, salvo exceções. Outros, por sua vez, já compreenderam as ações fisioterapêuticas como as que são realizadas em grupo, e seguem as orientações recebidas.

'E por mais que o grupo tenha o objetivo de orientar, de matriciar, de ensinar essa pessoa fazer durante a semana aquela ação, o que eles querem é te ver, é... estar com você ali. Mas tem população assim... o pessoal é bem organizado, do ponto de vista é... entre eles, que eles se reúnem fora do dia que eu estou lá para fazer os alongamentos, para fazer as atividades (F4).'

'Então, essa dificuldade deles entenderem o nosso papel, porque eles não compreendem que a informação, a orientação, é um atendimento. Isso é importante.... Diante desses 12 que eu atendo por dia, 5 compreende, 7 não. "Então eu não vou ser atendido?" "não é aqui?", "grupo? Para que grupo?". Não vê que o alongamento, aquela atividade em grupo é para melhorar; não, eles querem o atendimento individualizado (F10).'

O usuário, em geral, tende a perceber o NASF como um ambulatório, o que reflete uma dificuldade de compreensão do que é uma equipe como o NASF, que deve atuar junto às equipes SF, operando um trabalho em redes, o que demonstra uma difícil operacionalização da integralidade (MIRANDA, 2019; SOUZA *et al.*, 2013). A integração dos fisioterapeutas na AB seria aprimorada por uma maior compreensão

do papel da fisioterapia na AB por fisioterapeutas, outros profissionais de saúde e gestores (MAHARAJ *et al.*, 2018).

Pacientes gostariam de ser atendidos na UBS em nível de média complexidade pela facilidade de acesso. *‘O paciente então piorou, ele descobre que tem fisio lá e ele fica feliz. Ele acha que vai ser atendido lá, tratado e ele vai ficar lá. E quando chega lá às vezes é uma sala de GO. Isso também gera uma frustração (F15)’.*

Existem relatos de pacientes que experimentam o atendimento nas clínicas e retornam às UBS dizendo que preferem ser atendidos na unidade, mesmo que seja a cada 15 dias, a ir à clínica três vezes na semana. Pacientes *‘voltam para a gente assim, desesperados porque preferem fazer aqui, então... é complicado. O atendimento é muito ruim (F17)’.* Dessa maneira, muitos fisioterapeutas têm optado por manter o usuário na unidade, nas atividades em grupo, por entenderem ser melhor para o paciente. Em contrapartida, alguns usuários preferem ser atendidos nas clínicas, por não terem o conhecimento a respeito do tratamento e relacionarem o espaço físico das clínicas à sensação de estarem sendo cuidados. Alguns pacientes também têm percebido que participar de grupos resulta em melhora no estado de saúde, pois o tratamento é mais duradouro e contínuo. Essa opção também envolve um menor tempo gasto para deslocamento até as clínicas, pois usuários relatam que gastam mais tempo com deslocamento do que em tratamento. Nas clínicas, muitas vezes o paciente só é tratado com eletroterapia, e para os fisioterapeutas do município *‘fazer 20 minutos de choquinho e ser dispensado não é fisioterapia (F15)’.*

Contudo, os fisioterapeutas consideram todas as questões que estão ao redor do usuário, levando em conta a definição ampliada de saúde e não só o problema específico que fez esse usuário buscar o tratamento com a fisioterapia. Uma entrevistada considerou que *‘conseguir ver o usuário em sua totalidade, para além da dor que o leva a buscar um atendimento faz esse profissional entender que tratar o problema físico é mais simples do que resolver a complexidade da vida daquele usuário (F4)’*, que traz consigo questões pessoais e familiares, contemplando o conceito ampliado de saúde.

‘A partir do momento em que eu consigo chegar próximo dele, abraçar, conversar um pouco, dá uma risada junto no grupo, fazer uma brincadeira, me aproximar da realidade de vida dele, a minha fisioterapia fica mais potencializada. Aquele exercício que eu sei que uma vez por semana não faz... não tem um protocolo que me garanta que isso faça um efeito terapêutico, mas aquele vínculo que eu criei com esse indivíduo, e com a conscientização de que ele tem que cuidar da própria saúde... que ele tem que se desvincular um pouco

da doença e não ficar nesse ciclo: doença, doença, doença, doença... né, isso promove saúde (F4)'.

Aqui, constata-se mais uma vez o reconhecimento de que a implantação de tecnologias leves promove resultados positivos na atenção ao usuário, revelando que a escuta e o acolhimento são ferramentas potentes na produção do cuidado, trazendo satisfação ao profissional pelo trabalho realizado. Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira de os trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Diante das limitações do trabalho do fisioterapeuta, muitos ressaltam a importância da construção do vínculo com o usuário para que o processo de autocuidado seja estimulador e eficaz. A consulta individual permite uma aproximação efetiva com o usuário. Com a troca de informações o fisioterapeuta compreende o contexto de vida daquele paciente, o que lhe permite ter uma visão holística de cada caso. Dessa forma, reconhece o potencial da criação do vínculo. A esse respeito, uma fisioterapeuta declarou: *'a gente cria um vínculo grande com o paciente é... e isso leva ao sucesso do tratamento, eu acho (F6)*'.

O controle social exercido pela população tem apoiado o serviço de fisioterapia. A manifestação dos usuários em busca de atendimento e de acesso à saúde tem levado os gestores a aprimorar o serviço prestado. O controle social tem atuado principalmente em casos em que o paciente precisa de atendimento em domicílio. Quando identifica um caso, *'...o controle social vai para cima do conselho, e o conselho vai para cima do gestor, e o gestor ele tem que se virar para suprir essa necessidade (F7)*'. A participação social faz parte dos princípios do SUS, e também é um dos objetivos da OMS para a promoção da saúde (WESTPHAL, 2015).

O perfil dos usuários de uma UBS também influencia o planejamento do fisioterapeuta da unidade. Se a demanda daquele território é mais voltada para idosos, trabalhadores ou crianças, as práticas fisioterapêuticas têm que ser direcionadas a cada população específica. O perfil dos usuários também interfere nas ações propostas em grupo, pois ainda existe uma certa resistência de alguns usuários em visualizar as práticas coletivas como tratamento.

Na lógica do trabalho em rede, quando necessário, o paciente deveria ir para a clínica realizar o tratamento e depois retornar à unidade para continuar, mas muitos pacientes querem estar na clínica e não na UBS. Muitos usuários associam o tratamento ao local onde ele é realizado, *'porque, quando você faz numa UBS, o paciente entende como um tratamento. Quando você faz na igreja, é "a mocinha do exercício", eles não conseguem te reconhecer como quem te atendeu no posto (F10)'*.

Em relação às reclamações realizadas por alguns pacientes, a DRAS afirma que as pessoas reclamam verbalmente, mas não têm o hábito de registrar por escrito, e isso inviabiliza a ação da regulação: *'o usuário tem receio de reclamar formalmente e perder a única opção de tratamento que lhe é fornecida (FR20)'*.

Os pacientes que fazem o acompanhamento com o fisioterapeuta na unidade reconhecem a importância do papel dele na AB. Tal reconhecimento foi apontado como uma facilidade para a prática fisioterapêutica. *'A população dá muita credibilidade para a gente, ... hoje é uma profissão que é bem valorizada (F10)'*.

Ao analisar as falas dos fisioterapeutas sobre os usuários, evidencia-se que entre usuários, fisioterapeutas e gestores, também existem tensionamentos nas relações, em relação às expectativas que os usuários têm em relação ao serviço de saúde ofertado nas UBS. Para a organização de uma linha de cuidado na rede de assistência integral, o usuário deve ser considerado a base estruturante de todo o processo de produção de saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir compartimentado sobre o campo das necessidades. A responsabilidade sobre o cuidado é da equipe da UBS, que deve ser gestora do projeto terapêutico e acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a *'contratransferência'* para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007). Esses autores consideram que desenvolver as linhas do cuidado e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS, e que é importante reconhecer que há uma linha de cuidado operando internamente na UBS, e que esse fato é extremamente relevante se consideramos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser solucionadas neste nível de atenção.

O envolvimento da comunidade com a equipe de saúde deve ser despertado pelos profissionais de saúde, pois a participação dos usuários em planejamento, construção, desenvolvimento e avaliação das ações auxilia na qualidade e resolutividade do serviço prestado, e permite à população entender o seu

protagonismo no serviço de saúde (BISPO JÚNIOR, 2010; FORMIGA; RIBEIRO, 2012).

Diante do exposto, compreende-se que a atuação do fisioterapeuta na AB no município de Londrina é um processo que se expande e se consolida com o passar dos anos. Em 2005, o trabalho dos fisioterapeutas na AB do município contemplava atendimento ao bebê chador dentro da UBS, visitas domiciliares, grupos de alongamentos para a terceira idade, hipertensos e diabéticos, e atendimento individual (GALLO, 2005). Após alguns anos e novas políticas públicas de saúde, as ações fisioterapêuticas se tornaram muito mais abrangentes, e hoje incluem, além das já citadas, matriciamento; grupos diversos; auriculoterapia; encaminhamentos para média complexidade, órtese e prótese, fisioterapia aquática; reuniões com equipes ESF e NASF e entre os fisioterapeutas da rede; incentivo à corresponsabilização dos usuários; uso de tecnologias leves, como escuta e acolhimento; e uso de ferramentas tecnológicas do NASF, como PTS.

5.6 Promoção de saúde

5.6.1 Conceito e ações de promoção da saúde

Um dos propósitos desta pesquisa era identificar o conhecimento dos fisioterapeutas sobre o conceito de promoção da saúde e perceber o quanto as práticas de promoção da saúde estão presentes na rotina de trabalho dos mesmos.

Muitos profissionais têm claramente a definição desse conceito, outros o confundem com prevenção em saúde, e ainda existem aqueles que acreditam que promoção e prevenção caminham juntas.

'Promoção? Olha... acho que é a gente trabalhar em todas as faixas etárias, passar orientações, promover o cuidado compartilhado, sabe junto com a equipe... ir nas escolas, ir nas fábricas que existem aqui, prevenir que aquela pessoa adoça (F2).'

'Então promoção de saúde para mim é quando a gente consegue levar a importância de bons hábitos, dar qualidade de vida para a pessoa e que ela consiga reconhecer isso. E que ela consiga modificar. Então se ela conseguir modificar alguma coisa, a gente conseguiu promover saúde nesse paciente (F10).'

'Eu acho que entra promoção e prevenção na mesma linha, né, de raciocínio, e de atividades, aquilo que a gente acaba não conseguindo fazer o tempo inteiro (F11).'

Também surgiram nas entrevistas outros olhares sobre promoção da saúde, na linha do conceito ampliado de saúde.

‘É o paciente compreender como as atitudes dele vão fazer, vão influenciar o corpo dele. É... e aí para isso então você vai ter que trabalhar com a informação, mas também vai ter que trabalhar com a motivação (F3)’.

‘Educação, educação. Eu acho que o grande problema da saúde é a educação. Mas ainda falta educação da população... pro autocuidado (F8)’.

‘É poder ter qualidade de vida, é ter acesso a condições que te proporcionem então uma melhor educação, melhores escolhas... é escolha, se eu penso em promoção da saúde, se a pessoa pode escolher ou não? Muitas vezes não pode escolher, um ambiente, eu não posso pagar academia, tem no seu território onde você faça um exercício? (F13)’.

Para a gestão, promoção de saúde *‘é quando se consegue convencer o outro a mudar um hábito em prol da própria saúde, é evitar que a pessoa adoça, por meio de orientação (DAPS)’.* Nas falas analisadas, a DAPS reconhece que alguns fisioterapeutas estão tendo iniciativas de desenvolver ações de promoção da saúde. A Diretoria reconhece que existe promoção da saúde *‘porque os profissionais são bons, pois às vezes a própria gestão não favorece isso, pois em geral são tomados pela demanda, e acabam fazendo mais a parte curativa (DAPS)’.* A articulação entre gestores e trabalhadores é essencial para a consolidação das ações de promoção da saúde no cotidiano dos serviços, mas ainda representam um desafio a ser superado (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

O conceito de promoção da saúde, de acordo com Buss (2009), surgiu e vem se desenvolvendo a partir de meados da década de 80. Atualmente, um dos conceitos de promoção da saúde mais usados na literatura brasileira é o de Buss (2000): *“partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução”.*

Entre os profissionais, houve confusão entre os termos prevenção e promoção da saúde. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas

populações (CZERESNIA; FREITAS, 2009). Já a promoção da saúde é definida de maneira mais ampla que a prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (CZERESNIA; FREITAS, 2009). As estratégias de promoção da saúde na AB enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, de acordo com a qual a saúde se torna foco principal do setor e das intervenções, para resgatar o papel da saúde como requisito fundamental para a qualidade de vida (BISPO JÚNIOR, 2013).

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, exigindo do profissional de saúde, além dos conhecimentos específicos de sua prática, o fortalecimento da saúde por meio da capacidade de escolha (CZERESNIA; FREITAS, 2009). A OMS traz como princípios da promoção da saúde: concepção holística de saúde; equidade; intersetorialidade; empoderamento; participação social; ações multiestratégicas; e sustentabilidade (BRASIL, 2002b; WESTPHAL, 2015). Na análise das falas dos entrevistados percebeu-se que alguns princípios foram mencionados, mas a sustentabilidade, por exemplo, ainda não é contemplada na concepção e nas ações de muitos profissionais.

Confusão conceitual entre promoção e prevenção em saúde também foi relatada em outros trabalhos (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014; HORTA et al., 2009; SANTOS *et al.*, 2012; TESSER *et al.*, 2010) que tiveram como objeto de estudo trabalhadores da área da saúde. Segundo Brito, Mendes e Santos Neto (2018), essa confusão conceitual é consequência da inclusão da promoção da saúde no nível de prevenção primária, no clássico livro de Medicina Preventiva, de Leavell e Clark (1965), e ainda das próprias políticas relacionadas ao tema, como o caso da PNPS (BRASIL, 2006c) e da PNAB (BRASIL, 2012a). Essas políticas públicas propõem ações de promoção da saúde que podem ser caracterizadas como de prevenção de doenças.

Considerando os objetivos específicos da PNPS, como valorizar e otimizar o uso de espaços públicos de convivência e de produção de saúde; contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas; e prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2006c), observou-se que esses estão presentes na rotina de trabalho dos fisioterapeutas entrevistados. Seguramente, a PNPS incentiva a implementação de ações pelos

profissionais com o intuito de atingir seus objetivos, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Em relação à prática da promoção da saúde na rotina de trabalho, as respostas foram divergentes. Os relatos mostram profissionais que reconhecem não realizar promoção em suas práticas e outros que consideram realizar pouco. Muitos disseram tentar realizar, e há aqueles que consideram que, dentro das limitações, conseguem realizar as atividades de promoção de maneira satisfatória.

'Muito pouco, muito pouco. Então eu falei eu tenho que ir à escola, eu tenho que fazer esse trabalho de prevenção, mas foi um parto conseguir fechar a agenda para... porque a equipe não valoriza. A equipe da UBS... pouco apoio também da coordenadora da UBS, ... ela não vê valor nisso (F2)'.

'Ah, eu acho que bastante. Eu acho que é a equipe toda né. A nutri, a profissional de educação física, todo mundo trabalhando junto, eu acho que a gente está indo nesse caminho de promoção da saúde (F3)'.

'Eu tento. Porque tem o grupo, a primeira abordagem, a gente faz... nesse grupo de dor, o máximo de promoção de saúde, tá, já existe uma dor, está ali... o tempo inteiro a gente trabalha para evitar que os riscos piorem nesses grupos, e a auriculo agora também para ajudar (F13)'.

O Decreto-Lei nº 938/69, que regulamentou a profissão, contém limitações para a prática profissional contemporânea. Bispo Júnior (2010) observou, em análise do referido decreto, que ele traz possibilidade limitada de atuação, em virtude de situar a prática desse profissional como voltada apenas para atenção ao paciente, isto é, aos indivíduos já acometidos por algum tipo de distúrbio que interfere em sua capacidade física, restringindo a atuação a outros níveis que não sejam a reabilitação, em especial para a promoção em saúde.

Alguns profissionais da rede municipal de saúde ainda não valorizam ou não enfatizam as ações de promoção da saúde por entenderem que a demanda dos atendimentos individuais deva ser prioridade. Outros, já vislumbram que o profissional deveria promover ações intersetoriais para a realização de práticas de promoção da saúde, pois nesse sentido existe a possibilidade de se trabalhar com pessoas que ainda não adoeceram.

A necessidade de elaboração de políticas e estratégias, em especial de promoção da saúde, com um olhar descentralizado da doença, se justifica porque os problemas de saúde advêm não somente de doenças, mas de qualquer outra condição ou circunstância que afete a saúde. É importante considerar que nem sempre é possível mensurar ou descrever o contexto em que esses problemas acontecem (OLIVEIRA BRASIL, 2013).

O uso de dados como os qualificadores que a CIF tem possibilidade de gerar (OLIVEIRA BRASIL, 2013), considerando aspectos que envolvem o conceito ampliado de saúde, pode auxiliar no planejamento e na resolutividade das ações e dos serviços em saúde. Acredita-se que por meio de políticas públicas, a prática da promoção da saúde nas UBS possa ser estimulada. A PNPS está vigente desde 2006, porém o que se vê no município ainda são ações isoladas.

Horta e colaboradores (2009) e Brito, Mendes e Santos Neto (2018) investigaram atividades de promoção da saúde por equipes de SF. Concluíram que as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores para efetivarem a prática de promoção da saúde se relacionavam a uma importante demanda espontânea associada. No estudo de 2009, percebeu-se uma prática curativista hegemônica nas UBS, e resistência dos usuários em participar de atividades promotoras de saúde. Quase 10 anos depois, no estudo de 2018, os autores identificaram a incorporação do conceito de determinação social da saúde e de geração de autonomia aos usuários. A análise sinaliza mudança de paradigma de produção do cuidado que rompe com a concepção instrumental, tecnicista, autoritária e vertical das práticas de saúde historicamente construídas e consolidadas no Brasil, o que remete a um avanço conceitual, e destaca a potência da ESF para impulsionar mudanças de práticas no setor da saúde (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

Um grande propulsor das ações de promoção da saúde são as datas comemorativas, também chamadas de agenda positiva. Em datas como setembro amarelo, outubro rosa e novembro azul, a DAPS solicita aos profissionais ações voltadas para as temáticas de cada período. Nessas ações, *'você vai conseguir fazer uma orientação, pegar alguma outra coisa, tentar multiplicar uma informação, mesmo que seja com um paciente que você está tratando por um outro motivo (F11)'*.

Em relação às datas comemorativas, que alguns fisioterapeutas mencionaram afirmando que a solicitação de ações vem "em cima da hora", a DAPS entende que às vezes o profissional é tomado pela rotina do dia a dia e só se atenta a essas

questões quando a gestão solicita. *'Uma vez que todo outubro é outubro rosa, isso não precisa ser lembrado constantemente (DAPS)'*. Quando as datas se aproximam a gestão começa a questionar sobre as ações, que é quando os profissionais se lembram de que o mês está próximo e começam a planejar alguma atividade. Eles se sentem pressionados, *'mas é papel da gestão fazer essa cobrança. Devido à grande carga de trabalho é que não se programam com antecedência (DAPS)'*. Essa divergência de visões, pode refletir a resistência de alguns profissionais em realizarem ações de promoção da saúde. A iniciativa do município em realizar ações de promoção em saúde em datas comemorativas foi interpretada como interesse da gestão em disponibilizar essa prática na rede de assistência à saúde no município.

É nos grupos que a maioria dos fisioterapeutas vê espaço para realizar as ações de promoção da saúde, em razão da proximidade maior com as pessoas e dos vínculos construídos nos grupos entre fisioterapeuta e paciente. Mas fisioterapeutas relatam também desenvolver a promoção nos atendimentos individuais. Alguns fisioterapeutas veem como ação de promoção da saúde a educação em saúde. Uma fala a servir de exemplo é que o fisioterapeuta *'utiliza esses espaços de grupo para educação em saúde, nas nossas datas comemorativas que a gente tem na UBS (F9)'*.

Essa constatação vai de encontro ao conceito de promoção de saúde apresentado no referencial teórico dessa tese, onde a promoção da saúde está vinculada à autonomia dos sujeitos na produção da saúde, e implica a construção de espaços coletivos de troca que possibilitem o enriquecimento da comunidade e dos profissionais envolvidos (SUNDFELD, 2010).

No atendimento individual também se realiza educação em saúde. *'Como a maioria das pessoas passaram por mim em uma avaliação individual, essas orientações já foram dadas individualmente (F10)'*. O atendimento individual, para garantir a promoção da saúde, deve ser norteado por um método de trabalho que traga autonomia e formação de cidadania participativa e democrática ao usuário (PORTES *et al.*, 2011).

Educação em saúde é uma das práticas mais realizadas pelo fisioterapeuta na AB, conforme registra a literatura. Ela pode acontecer por orientações para pacientes e seus familiares – em referência ao acometimento específico do paciente, ou a orientações gerais à comunidade –, no que tange à promoção da saúde e à prevenção de agravos (PORTES *et al.*, 2011). Apesar de existirem dificuldades dos sujeitos em diferentes aspectos quanto ao agir educativo em suas práticas, talvez oriundos da

formação biologicista, há potencial para o desenvolvimento de práticas educativas transformadoras nas equipes de SF (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

A educação em saúde é uma potente ferramenta, com a qual se pode modificar o modelo assistencial e impactar e transformar positivamente as condições de saúde da população (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014). Tal prática foi a mais citada nas entrevistas como ação de promoção da saúde, realizada nas consultas individuais, nos grupos, nas visitas domiciliares e nas ações da escola, além das ações em datas comemorativas.

As áreas apontadas como específicas na PNPS (BRASIL, 2010c), que estão em consonância com as recomendações da OMS, são: divulgação e implementação da Política, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, e promoção do desenvolvimento sustentável. Pelos relatos dos fisioterapeutas pode-se identificar que muitas ações contemplam as áreas temáticas propostas pela PNPS, reforçando sua importância como indutora da prática profissional. Observamos também que essas ações ainda são realizadas de maneira pontual em algumas unidades, por alguns profissionais.

Outra experiência relatada foi o estímulo à população para formar o conselho local de bairro, com o intuito de unir forças a fim de buscar as melhorias necessárias para o território junto aos órgãos municipais. Em um território foi possível estabelecer parcerias intersetoriais e autonomia dos usuários em busca de progresso, com a implantação do conselho local. *‘Uma das questões do conselho é a gente melhorar a qualidade do bairro, não só o posto, o que falta no posto, o que a gente fala: qualidade é o bairro inteiro... E aí com o conselho eles ficaram tentando parcerias, foi bem legal esse envolvimento da comunidade, de se virar sem a gente, por causa do conselho... (F13)’.*

5.6.2 Fatores que influenciam as ações de promoção da saúde

O perfil do profissional é um balizador para a proposição das ações de promoção da saúde, tanto que alguns se sentem motivados e entusiasmados em propor novas ações em sua rotina.

‘Eu aprendi no grupo, do social também, muito forte. Tentar promover o emprego, melhores escolhas, eu sempre vou nas escolhas.’

Adolescentes, a gente já fez trabalho dos sonhos, o que vocês querem ser? (F13)

'Então eu acho que criar essa autonomia e falar, "não, eu estou aqui para o NASF e é NASF que eu vou fazer". Mostrar a importância disso ... Aqui em Londrina a gente não faz NASF, aqui em Londrina a gente faz atendimento individual e um pouquinho de promoção (F19).'

O interesse da população também influencia as práticas de promoção da saúde: *'A gente tenta. Mas assim, a gente ainda vê muita resistência por parte do paciente (F14)'. Às vezes ocorre desinteresse dos participantes nas ações, por não vislumbrarem na promoção da saúde uma estratégia para o cuidado: 'Nós tínhamos no passado um programa, um projeto... que era para melhorar as condições de saúde do trabalhador, que eram ginásticas laborais. Só que, conforme o tempo vai passando, parece que vai havendo uma perda de interesse (F7)'. Nas unidades em que a população não tem participado das ações de promoção, é preciso pensar em estratégias para mudar esse cenário.*

Um dos princípios das intervenções em promoção da saúde é a participação da população em todas as fases de planejamento, desenvolvimento e realização dos programas. Dessa forma, é imprescindível que se conheçam as crenças, os valores, os significados e os objetivos da população em relação à promoção da saúde, bem como o papel da fisioterapia nesse processo (AUGUSTO *et al.*, 2011). A aproximação da população nas etapas de planejamento, desenvolvimento e realização das ações pode ser uma alternativa para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no município de Londrina, atendendo a necessidades específicas da população de cada área de abrangência das UBS.

A concepção curativista ainda parece estar presente tanto na operacionalização da RAS quanto no imaginário popular, como a resposta esperada dos serviços de saúde para os problemas da população (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018). Mesmo reconhecendo os avanços alcançados pelo SUS com a implantação do NASF, ainda é possível perceber a persistência do conceito da produção de cuidado curativa.

É necessário à fisioterapia analisar seus fundamentos e sua prática, com vistas a se adaptar à realidade de sua atuação na AB; desenvolver suas ações de acordo as diretrizes da territorialização e da adscrição de clientela; e potencializar o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas (BISPO JÚNIOR, 2010). O

reconhecimento do território é instrumento essencial para subsidiar a elaboração de estratégias em saúde e organização das práticas profissionais (QUIRINO *et al.*, 2019).

A maneira como o serviço do município está organizada reflete nas práticas de promoção da saúde. O fisioterapeuta não vê na organização do processo de trabalho muita oportunidade para realizar promoção da saúde: *'na verdade a gente é avaliador. Mas, o ideal seria conseguir promover saúde (F14)'*.

Foi considerado por um dos entrevistados que, para ampliar as possibilidades de oferta de ações de promoção da saúde para a população, é preciso rever algumas práticas, assim como a organização do serviço. A maneira como o serviço está estruturado tem dificultado a implementação de novas ações: *'Teria que melhorar a parte da fisio ambulatorial, ... que é essa demanda individual para encaminhar. Daí, assim, acho que tem que diminuir essa parte para a gente ir se inserindo mais na promoção e prevenção (F5)'*. A demanda por consultas individuais com caráter de assistência curativista, segundo relatos, fragiliza a efetivação das atividades de prevenção e promoção da saúde.

Pela análise da maioria das falas, a prática de promoção da saúde deve ser mais valorizada, principalmente porque esta é a denominação do cargo que o fisioterapeuta ocupa no município: *'é o cargo que a gente ocupa na prefeitura – promotor de saúde, fisioterapeuta (F13)'*.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde, com ênfase nos aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento (BRASIL, 2010c).

Augusto *et al.* (2011) afirmam que o usuário do SUS tem a capacidade de reconhecer suas necessidades para a manutenção da saúde, e de identificar o que a população necessita. Isso significa superar a visão cientificista e avançar em direção à educação em saúde. Dessa forma, faz-se necessário que o fisioterapeuta desenvolva as ações básicas de saúde de maneira mais eficiente e eficaz possível, extrapolando o modelo biomédico de atuação para que possa ser atingido o objetivo da promoção da saúde.

Muitos desafios ainda estão presentes para a superação do modelo hegemônico centrado na doença, mas é preciso reconhecer a perspectiva política do

conceito de promoção da saúde e a necessidade de se ancorar em concepção ampliada de saúde na proposição de mudanças (SOUZA; LOCH, 2017).

A capacitação da força de trabalho para desenvolver e implementar práticas e políticas em promoção da saúde é hoje reconhecida como fundamental para sustentar essas ações globalmente (BORGES, 2018). Nesse sentido, é preciso estabelecer metas para qualificação da força de trabalho no âmbito da promoção da saúde, para que essas possam ser implementadas. Também se faz necessário que gestão e profissionais se aproximem para discussão da promoção da saúde, e talvez usar as experiências individuais que vêm acontecendo no município para trilhar um caminho que possa ampliar as ações para toda a população londrinense.

Dentre as atribuições municipais para implantação da PNPS no município destaca-se a necessidade de estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolverem as ações de promoção da saúde; e de organizar instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da política (BRASIL, 2010c). Acredita-se que o investimento nessas duas áreas, capacitação de profissionais e elaboração e divulgação de indicadores que permitam conhecer os impactos das ações de promoção para a saúde das pessoas sejam eixos importantes para o crescimento da promoção da saúde na saúde pública. As atividades de promoção estão acontecendo no município; no entanto, falta registro e monitoramento das ações para divulgação dos efeitos benéficos que elas têm proporcionado aos usuários.

A promoção da saúde transcende a organização hierárquica das políticas públicas de saúde e amplia o escopo de atuação profissional do fisioterapeuta (SOUZA, 2013). A promoção da saúde ainda precisa ser compreendida em sua abordagem mais moderna, a qual abrange os determinantes distais do processo saúde-doença, bem como incluem o lazer, cultura, paz e recursos sustentáveis (SILVA *et al.*, 2014). A criação do NASF foi uma das estratégias governamentais para implementação da promoção da saúde no país, e a implementação de ações ainda enfrenta obstáculos para inserção e valorização no cotidiano dos serviços.

5.7 Expectativas e considerações

Para melhorar a inserção do fisioterapeuta na AB é preciso engajamento na busca pelo reconhecimento das práticas fisioterapêuticas, tanto por parte dos gestores quanto por parte dos demais profissionais e usuários. A prática evidencia a importância dos fisioterapeutas estarem nas UBS, mas, analisando algumas falas, parece que esse reconhecimento não é comum a todos os envolvidos na esfera da saúde. É preciso, segundo um entrevistado, *'mostrar que nós somos eficazes, que nós somos necessários, ninguém vai te chamar para trabalhar se não tiver necessidade (F12)'*.

Muitos fisioterapeutas entendem que seu papel hoje, na AB de Londrina, está diferente do que é preconizado pelo MS em termos de NASF. Deveriam funcionar mais como apoio, e não ter boa parte da agenda ocupada por avaliações ortopédicas. Para superar esse desafio, muitos fisioterapeutas pensam que o modelo de Londrina deva ser revisto, desde a gestão superior, passando pela DAPS, até a coordenação das unidades.

Muitas conquistas já foram alcançadas na estruturação do serviço de fisioterapia no município, e para que continue em aprimoramento algumas expectativas dos profissionais foram apresentadas.

'Então tem parte que eu acho que ainda deixa a desejar, mas sempre dá para melhorar... falta ainda de repente fazer outras coisas direcionadas para a promoção mesmo (F13)'.

'A gente ter ainda um pouco mais de profissionais para de repente tentar, né, realmente fixar. Olha esse é o fisioterapeuta da UBS 'A', esse é o da 'B', esse é só da 'C'. Porque daí você consegue, ter uma possibilidade maior, consegue participar de coisas diferentes da sua área (F11)'.

'Melhorar a nossa disponibilidade para fazer mais ações de NASF mesmo... eu acho que falta um pouquinho de organização nesse planejamento de ações (F17)'.

Nessas manifestações percebe-se que todos têm o intuito de ver o serviço cada vez melhor, de maneira que possam estar satisfeitos com o cuidado prestado, e que o usuário tenha acesso a um serviço de fisioterapia municipal de qualidade. As falas também demonstram que os profissionais possuem a concepção de que as ações têm que ser mais diversificadas, contemplando promoção, proteção e recuperação da saúde.

A AB reestrutura e articula a assistência com ações de promoção da saúde, controle de risco e prevenção de doenças. Dentre os princípios norteadores da prática, conforme Bispo Júnior (2010), o fisioterapeuta deve considerar: atuar em equipe multiprofissional e com abordagem interdisciplinar, objetivando a integralidade da assistência; seguir a lógica da territorialização, adscrição da população e responsabilização, inserindo a prática do cuidado continuado; atuar preferencialmente no âmbito coletivo, com o envolvimento e a participação da população; desenvolver ações articuladas com diversos setores da sociedade e dos governos, primando pela reversão dos determinantes e condicionantes sociais da saúde. Muitos fisioterapeutas já apresentam essas características, mas é preciso avançar para que se torne o entendimento de todos os fisioterapeutas, dos demais profissionais de saúde e de gestores.

Os profissionais entrevistados se mostraram resilientes em sua atuação profissional. A maioria teve uma formação pautada no modelo curativista, e ao longo dos anos vem buscando aprimoramento e adequação de suas práticas profissionais na AB, visando a integralidade do cuidado baseado no conceito ampliado de saúde. Os trabalhadores criativos almejam o trabalho vivo em ato e estão comprometidos com a produção do cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

A análise das falas sobre as ações fisioterapêuticas realizadas na AB em Londrina evidencia respostas à inquietação principal que norteou a elaboração desta tese. O quadro 5 que busca sintetizar os achados:

Quadro 5 - Conquistas, desafios e expectativas da fisioterapia na atenção básica no município de Londrina-PR, 2019

Conquistas e facilidades
Ampliação do número de profissionais na AB
Todas as UBS contam com o fisioterapeuta
Vínculo estável dos fisioterapeutas com o município
Capacitação dos profissionais
Diversidade de ações fisioterapêuticas ofertadas aos usuários, entre elas auriculoterapia
Elaboração de protocolos clínicos
Diversidade de grupos oferecidos à população
Resolutividade dos grupos e adesão dos usuários
Encontros mensais de educação permanente
Implantação do serviço de regulação e auditoria
Agendamento de um paciente por horário (consulta de 30 minutos)
Lotação em uma única UBS (metade dos fisioterapeutas)
Uso de tecnologias para comunicação
Desafios e dificuldades
Excesso de demanda por consultas individuais
Acesso e qualidade da média complexidade
Resolutividade do protocolo de ortopedia adotado pelo município
Implantação de ações de promoção da saúde
Falta de registro, monitoramento e avaliação das ações
Uso das ferramentas tecnológicas do NASF
Espaço físico para realização das ações em grupo
Dificuldade de desenvolvimento do trabalho interprofissional

Coordenação das equipes por um profissional do NASF
Efetividade das redes de atenção à saúde
Divulgação das ações para consolidação do fisioterapeuta no serviço
Escassez de políticas públicas específicas para o fisioterapeuta que contemplem a funcionalidade humana
Persistência da visão biomédica e curativista de alguns gestores, profissionais e usuários
Insuficiência de recursos financeiros
Expectativas
Um fisioterapeuta fixo por UBS
Melhoria da resolutividade na média complexidade
Implementação da clínica municipal de fisioterapia
Diminuição da demanda por consultas individuais
Ampliação das ações de promoção da saúde
Reconhecimento do papel do fisioterapeuta na AB

Ressalta-se que o município foi escolhido para o desenvolvimento dessa tese pois apresentava características que o destaca dentre os demais em relação ao tema estudado, e os resultados construídos reforçaram essas potencialidades, como ter um serviço de fisioterapia organizado no âmbito da gestão municipal; todas as unidades contam com a presença do fisioterapeuta, cuja permanência varia de um a cinco dias da semana, há fisioterapeutas no setor de regulação dos atendimentos; o município apresenta um número expressivo de fisioterapeutas na AB, se sobressaindo no contexto nacional; a estabilidade no cargo do município facilita a criação de vínculo e minimiza a rotatividade de profissionais; os profissionais possuem capacitação expressiva para a atuação; o uso de ferramentas do NASF é encontrado no cotidiano do serviço; fisioterapeutas estão engajados na continuidade da implementação e consolidação da oferta de fisioterapia na AB.

Diante dos resultados que emergiram das falas analisadas, se propõe alguns tópicos para superar os desafios e dificuldades elencados: (1) produção de material informativo pela AMS sobre o funcionamento do NASF; (2) buscar a disponibilidade de um fisioterapeuta por UBS; (3) aprimorar o processo de trabalho do NASF; (4) incentivar o uso das ferramentas tecnológicas do NASF, contemplando a abordagem familiar e social; (5) estimular as ações de educação em saúde; (6) rever a resolutividade do protocolo de ortopedia; (7) promover maior interação entre equipes ESF e equipes NASF, principalmente no planejamento das ações; (8) superar a fragmentação do cuidado, buscando a efetivação da RAS; (9) produzir e divulgar indicadores de saúde; (10) fortalecer as atividades de educação permanente e

capacitação profissional; (11) envolver a população no planejamento, desenvolvimento e realização das ações de promoção da saúde; (12) ampliar as possibilidades de oferta de ações de promoção da saúde; (13) viabilizar a implantação da clínica municipal de fisioterapia para atender a média complexidade; (14) buscar incentivo financeiro para viabilizar melhorias.

Para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde, é preciso reorganizar os processos de trabalho da AB. A integralidade começa pela organização dos processos de trabalho, onde a assistência deve ser interprofissional, com diretrizes como acolhimento e vínculo, e responsabilização da equipe pelo cuidado. Para isso, é preciso partir dos diversos campos de saberes e práticas, associados aos da vigilância à saúde e dos cuidados individuais, e resgatar o valor dos atos assistenciais fundantes da clínica. Nesse contexto, “a propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, deve ser levada aos limites de suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio diagnóstico” (MERHY et al., 2007).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou compreender as ações fisioterapêuticas na AB e seus determinantes no município de Londrina-PR, pioneiro no país a ter o fisioterapeuta neste nível de atenção à saúde, e destaque no contexto nacional no que diz respeito a número de fisioterapeutas atuando nas UBS.

A partir dos resultados apresentados, observou-se que a estruturação do serviço de fisioterapia no município estudado teve forte influência dos gestores municipais, em alguns momentos mais efetiva do que em outros. Durante o processo profissionais fisioterapeutas também foram responsáveis pelas conquistas. Políticas públicas de saúde foram implementadas, o perfil epidemiológico da população mudou, e o advento do conceito ampliado de saúde e das doenças crônicas impulsionaram o fazer fisioterapêutico na comunidade. Ao longo dos anos, muitos obstáculos foram superados e a fisioterapia cresce e ganha cada vez mais reconhecimento, consolidando suas práticas no cuidado à saúde da população. No momento da pesquisa havia a expectativa da viabilização de uma clínica municipal de fisioterapia.

Grandes conquistas do serviço de fisioterapia foram: presença de um fisioterapeuta em todas as UBS do município; implantação do serviço de regulação e

auditoria, que conta com duas profissionais fisioterapeutas; realização de um grande concurso público para efetivação dos profissionais; estabelecimento de protocolos clínicos; incentivo na formação em auriculoterapia e uso dessa prática nas UBS; encontros mensais para educação permanente; diversidade de grupos ofertados aos usuários do SUS, com as temáticas diversificando entre as unidades.

As características inerentes ao início da implantação do serviço ainda se fazem presentes em alguns fisioterapeutas e práticas profissionais, onde o modelo biomédico ainda perpetua. Alguns profissionais pertencentes ao NASF não se reconhecem dentro da política, ao contrário do que visualizam seus gestores na AMS. Essa característica revelou um ponto de tensão nas relações entre profissionais e gestão, e precisa ser reavaliada entre os atores envolvidos, uma vez que o fazer do NASF é multifacetário.

Foi possível perceber que a articulação entre gestão municipal e fisioterapeutas do serviço no planejamento das ações ainda não é satisfatória. Alguns entrevistados almejam ter um profissional do NASF coordenando as equipes. Talvez uma aproximação mais efetiva tenha se iniciado no projeto da clínica municipal, que vem sendo construído coletivamente.

Os profissionais também apontaram a necessidade de maior aproximação entre os fisioterapeutas que atuam nas diferentes áreas da rede, como os fisioterapeutas da regulação, da AB e do serviço de atenção domiciliar, para que o resultado do trabalho seja mais resolutivo. Sendo assim, considera-se que a efetivação da rede de assistência à saúde envolvendo o fisioterapeuta também deve ser considerada na pauta de discussões no município.

O processo de trabalho padrão realizado pelo fisioterapeuta nas UBS envolve o uso das ferramentas de atendimentos individuais - que ocupa a maior parte da carga horária do profissional, visitas domiciliares e a realização de grupos, com objetivos e temáticas diversos. Nesse contexto, verificou-se que a gestão da unidade, a equipe de profissionais, os recursos físicos e materiais, o perfil profissional e as características da população são fatores que interferem nas práticas do fisioterapeuta.

Uma conquista de grande relevância relatada nas entrevistas é o fato de o fisioterapeuta ser lotado numa única unidade. Ser fixo em uma única UBS facilita o trabalho interprofissional, o planejamento de ações, a diversidade na oferta de práticas, e desenvolve maior vínculo com a população assistida, o que culmina em maior resolutividade dos problemas de saúde das pessoas. Entretanto, essa realidade

ainda não ocorre em todas as unidades, pois o fisioterapeuta que atua em unidades de pequeno e médio porte está presente dois ou três dias da semana em cada UBS, sendo preciso levar essa conquista para todas as unidades.

O atendimento em grupos tem se mostrado uma prática bastante resolutive. A maioria dos grupos de atenção à dor e de alongamentos tem sido eficaz, a ponto de alguns usuários relatarem preferir ficar nos grupos do que ir para as clínicas terceirizadas. Os profissionais também relatam satisfação com os resultados, acreditando que o cuidado produzido em grupo, com uso de tecnologias leves, é mais efetivo que o tratamento biomédico, com tecnologias leve-duras, realizado nas clínicas. Além disso, o grupo tem favorecido a criação de vínculos entre fisioterapeutas e pacientes, proporcionando espaço para efetivação do tratamento humanizado. Participantes de grupo têm procurado menos a unidade por motivos de dores agudas. Uma questão a ser superada é envolver mais as equipes de ESF e NASF na realização dos grupos.

As ações de promoção à saúde ainda são incipientes. Contudo, as que são realizadas vêm mostrando resultados satisfatórios, como as ações em grupo. Os grupos têm acolhido principalmente a demanda de usuários com doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, percebe-se que falta registro e divulgação dessas ações, para que seja comprovada a eficácia e resolutividade de algumas demandas relatadas nas entrevistas. Educação em saúde é a prática mais realizada para promover saúde, e outras ações como incentivo ao autocuidado, adoção de hábitos de vida saudável e corresponsabilização no processo de cuidado tem sido incentivada.

O perfil do fisioterapeuta influencia diretamente nas práticas profissionais. Há profissionais atuando além da tríade clássica de organização do serviço, e outros apenas cumprindo a rotina. As características pessoais parecem favorecer mais a dedicação ao trabalho do que o tempo de formação e experiência na AB. As relações interprofissionais também são fatores que interferem na motivação para o trabalho. Trabalhadores criativos chamam atenção pelo envolvimento no processo de trabalho.

Profissionais que fazem uso de tecnologias leves ou relacionais em seu processo de trabalho parecem ser/estar mais satisfeitos com sua prática profissional do que os que não utilizam. Essa percepção nos remete a pensar que a valorização de tecnologias de relações como produção de vínculo, acolhimento e gestão do

processo de trabalho são potentes não só para qualificar a atenção à saúde, mas também para proporcionar satisfação profissional.

A principal dificuldade apontada pelos fisioterapeutas foi a demanda pelas consultas individuais, devido às dificuldades de acesso à média complexidade, sobrecarregando a “agenda” e sendo um dificultador para a implantação das ações de promoção em saúde. Outras necessidades apontadas foram em relação ao espaço físico nas unidades, carga horária de seis horas, baixa resolutividade dos atendimentos nas clínicas terceirizadas para atendimento de média complexidade, nos elementos que comprometem a integralidade do cuidado.

Outra dificuldade que emergiu nas falas foi a falta de políticas públicas voltadas para a fisioterapia, tanto em âmbito estadual quanto federal, pois a inserção do fisioterapeuta em equipe NASF está condicionada à gestão municipal e demanda da população. A falta de respaldo legal faz com que a cada mudança de gestão municipal, o serviço de fisioterapia fique vulnerável às mudanças, que em alguns momentos podem ser de retrocesso no avanço e consolidação do serviço, em particular em momentos de crises político-financeiras.

O NASF, política que incluiu o fisioterapeuta na AB, está inserido de diferentes maneiras nos municípios brasileiros. Conhecer o processo de trabalho no NASF pela vivência dos fisioterapeutas pode auxiliar na consolidação do fisioterapeuta na AB, respeitando-se as diferenças regionais, mas tendo como objeto de trabalho a saúde funcional dos usuários.

Salienta-se a falta de divulgação do trabalho do fisioterapeuta na AB não é inerente ao município de Londrina. Os fisioterapeutas precisam mostrar cada vez mais o quanto são necessários para o SUS e para a população, e o quanto são eficazes em suas ações. O papel do fisioterapeuta precisa ser discutido em toda a RAS, para que se tenha a definição consistente de suas potencialidades, para consolidação do modelo de atenção fisioterapêutica praticada no município, e conseqüentemente, fortalecer a legitimação de sua presença no sistema.

Grande parte dos profissionais acredita que o serviço de fisioterapia do município, apesar dos desafios a serem superados, é um serviço estruturado e de qualidade, que envolve profissionais capacitados e engajados com a fisioterapia na AB. O acesso da população ao atendimento fisioterapêutico neste nível de atenção é considerado adequado.

Dentre as expectativas apontadas pelos entrevistados, está a ampliação do número de fisioterapeutas na rede (para que num futuro próximo cada UBS tenha um profissional de referência), a melhoria da atenção fisioterapêutica em nível da média complexidade, e a diminuição da demanda por consultas individuais para possibilitar a ampliação das ações de promoção em saúde. Os profissionais almejam atuar mais em promoção e prevenção em saúde, e contribuir para a consolidação de um serviço de fisioterapia cada vez melhor, onde o fisioterapeuta esteja satisfeito com o serviço prestado e o usuário contemplado com ações resolutivas.

Para que ocorra uma mudança no modelo de atenção, é necessária uma inversão no núcleo tecnológico dos processos de trabalho, com incentivo ao uso de tecnologias leves e práticas que contemplem o trabalho vivo em ato, onde as tecnologias relacionais se sobressaem, e considerar os determinantes sociais no processo saúde-doença para produção do cuidado.

Ao longo de 20 anos de história da fisioterapia na rede municipal de Londrina, nota-se que o serviço continua em constante crescimento e evolução, com apoio da gestão municipal, de políticas públicas de saúde e dos fisioterapeutas da rede, e atualmente gestores e fisioterapeutas têm a percepção de que a população já não cogita a AB sem a fisioterapia.

Por fim, ao concluir esta tese, almejo que a fisioterapia se consolide na AB, e que fisioterapeutas incorporem o conceito de ampliado de saúde na produção do cuidado, empregando em sua prática os princípios do SUS, diretrizes e ferramentas do NASF, e as tecnologias relacionais, visando a integralidade do cuidado em sua identidade profissional, considerando a funcionalidade humana e seus determinantes como objeto de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALELUIA, I. R. S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde : estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845–1856, 2017.
- ALMEIDA, M. J. **A organização dos serviços de saúde em Londrina: antigos e novos registros de uma experiência em processo**. Londrina: INESCO, 2013. 226p.
- ALMEIDA, P. F. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata : reconhecer os desafios para seguir adiante. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1–3, 2018.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 845–902.
- ANDRADE, S. M. et al. **Bases da Saúde Coletiva**. 2a. ed. Londrina: Eduel, 2017. 578p.
- APA. Australian Physiotherapy Association. **Few benefits for physiotherapists in Federal Budget**. Disponível em: <<https://australian.physio/home/highlights/few-benefits-physiotherapists-federal-budget>>. Acesso em: 9 set. 2019.
- ASSIS, W. C. et al. Novas formas de cuidado através das Práticas Integrativas no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1–6, 2018.
- AUGUSTO, V. G. et al. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 957–963, 2011.
- BADUY, R. S. et al. O trabalho em saúde. In: Andrade, S.M. et al. (org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Eduel, 2017. p. 247–296.
- BARBOSA, E. G. et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares , MG. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 2, p. 323–330, 2010.
- BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847–2856, 2015.
- BATISTON, A. P. et al. Implantação de uma nova proposta pedagógica para o estágio supervisionado em fisioterapia na atenção básica: relato de experiência. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 4, n. 8, p. 48–55, 2017.
- BERTONCELLO, D.; PIVETTA, H. M. F. Diretrizes curriculares nacionais para a graduação

em fisioterapia: reflexões necessárias. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 2, n. 4, p. 71–84, 2015.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v. 16, n. 3, p. 655–668, 2009.

BISPO JÚNIOR, J. P. Novo perfil epidemiológico e os novos modelos assistenciais. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 15, n. Supl.1, p. 1627–1636, 2010.

BISPO JÚNIOR, J. P. **Fisioterapia & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. 222p.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 683–702, 2018.

BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária à saúde**, v. 17, n. 2, p. 195–203, 2014.

BORGES, K. P. Competências para formação do fisioterapeuta no âmbito das diretrizes curriculares e promoção da saúde. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 347–358, 2018.

BORNHÖFT, L. et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. **Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease**, v. 11, n. July 2018, p. 1759720X1982750, 2019.

BRAGHINI, C. C.; FERRETTI, F.; FERRAZ, L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. **Fisioterapia em Movimento**, v. 29, n. 4, p. 767–776, 2016.

BRAGHINI, C. C.; FERRETTI, F.; FERRAZ, L. The role of physical therapists in the context of family health support centers. **Fisioterapia em Movimento**, v. 30, n. 4, p. 703–713, 2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 938 de 13 de outubro de 1969. **Provê sôbre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências**. Brasília-DF: Presidência da República, 1969.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília-DF: Presidência da República, 1990b.

BRASIL. Lei nº. 8.856, de 1º de março de 1994. **Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.** Brasília-DF: Diário Oficial da União, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares nacionais do curso de graduação em Fisioterapia.** Brasília-DF: Conselho Nacional de Educação, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria nº. 971 de 03 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009a. 64p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 20006; v.9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009b. 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

BRASIL. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional da Pessoa com Deficiência**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010b. 24p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3a. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Funcional**. 2011b. Disponível em: <http://www.crefito8.org.br/site/servicos/pnsf_07_01_12.pdf>. Acesso em: 22 maio. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS)**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012a. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços**

públicos de saúde. Brasília-DF: Presidência da República, 2012b.

BRASIL. Portaria nº. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3 e dá outras providências.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2014.116p. (Cadernos de Atenção Básica, n.39).

BRASIL. Portaria nº. 2436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2ª. ed, 1. reimpres. 2018. 96p.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O Trabalho na Estratégia Saúde da Família e a persistência das práticas curativistas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 975–995, 2018.

BROCARD, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp.1, p. 130–144, 2018.

BURRY, T. J.; STOKES, E. K. Direct Access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practise within the European Union. **Physiotherapy**, v. 99, n. 4, p. 285–91, 2013.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305–2316, 2009.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

CARVALHO, B. G. et al. Trabalho e intersubjetividade: Reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 19–26, 2012.

CARVALHO, B. G. et al. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. *In*: Andrade, S.M. et al. (org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Eduel, 2017a. p. 47–91.

CARVALHO, D. F. F.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Fisioterapia e Saúde da Família: inserção, processo de trabalho e conflitos. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 135–145, 2017.

CARVALHO, V. L. et al. Competências para a promoção da saúde em formandos dos cursos da área da saúde. **Rev enferm UFPE**, v. 11, n. supl.8, p. 3269–3278, 2017b.

CASTRO, S. S.; CIPRIANO JÚNIOR, G.; MARTINHO, A. Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Fisioterapia em Movimento**, v. 19, n. 4, p. 55–62, 2006.

CERCI NETO, A. et al. Programa Respira Londrina - ampliando a integralidade na atenção ao paciente asmático no PSF de Londrina. **Divulgação Saúde e Debate**, v. 32, p. 53–60, 2005.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. esp., p. 143–147, 2000.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

CORREIA, A. D. M. S. et al. **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família Vol. 1**. Campo Grande-MS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010.

COURY, H. J. C. G.; VILELLA, I. Perfil do pesquisador fisioterapeuta brasileiro. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 4, p. 356–363, 2009.

CPA. Canadian Physiotherapy Association. **Physiotherapy in Canada**. Disponível em: <<https://physiotherapy.ca/physiotherapy-canada>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DUFOUR, S. P.; LUCY, S. D.; BROWN, J. B. Understanding Physiotherapists' Roles in Ontario Primary Health Care Teams. **Physiotherapy Canada**, v. 66, n. 3, p. 234–242, 2014.

FARIAS, D. N. et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da

Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, p. 141–162, 2018.

FERNANDES, E. T. P.; SOUZA, M. N. L.; RODRIGUES, S. M. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. **Physis**, v. 29, n. 1, p. 1–18, 2019.

FERNANDES, J. M. et al. NASF's tools and practices in health of physical therapists.

Fisioterapia em Movimento, v. 29, n. 4, p. 741–750, 2016.

FERNANDES, J. M. **Meu corpo, meu endereço e meu movimento: o lugar do cuidado ao usuário em restrição domiciliar no trabalho da atenção básica em saúde**. 2017. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2017.

FERREIRA, A. L. P. P.; REZENDE, M. Reflections on the production of the formation of Physiotherapy in the context of SUS. **Fisioterapia em Movimento**, v. 29, n. 1, p. 37–44, 2016.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde : contradições de um programa institucional. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. Supl. 1, p. 865–872, 2011.

FERRETTI, F.; SILVA, M. R.; BRAGHINI, C. C. **Fisioterapia: da formação profissional à inserção na atenção básica**. Curitiba: Editora CRV, 2018.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113–122, 2012.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. MI. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: **Merhy, E. E. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4a. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 296.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 151–163, 2012.

FREITAS, M. S. **A Atenção Básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional**. 2006. 138 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estadual do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2006.

FRENCH, H. P.; GALVIN, R. Musculoskeletal services in primary care in the Republic of Ireland: an insight into the perspective of physiotherapists. **Physiotherapy (United Kingdom)**, v. 103, n. 2, p. 214–221, 2017.

- FRENCH, H. P.; GALVIN, R. Physiotherapy managers' views of musculoskeletal physiotherapy service provision in Ireland: A qualitative study. **Primary Health Care Research and Development**, v. 19, n. 1, p. 77–87, 2018.
- GALLO, D. **A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária**. [s.l.] Universidade Estadual de Londrina, 2005.
- GAUER, A. P. M.; FERRETTI, F.; TEO, C. R. P. A. Professional training in physiotherapy: barriers to the diversification of practical learning scenarios and for teaching-service integration. **Fisioterapia em Movimento**, v. 31, n. e003128, p. 1–11, 2018.
- GIL, C. R. R. et al. A organização dos Serviços de Saúde em Londrina e região e suas contribuições para descentralização e municipalização no Estado do Paraná e no país. *In*: Andrade, S.M. et al. (org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Eduel, 2017. p. 93–132.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1–5, 2018.
- GONÇALVES, F. G.; CARVALHO, B. G.; TRELHA, C. S. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 301–314, 2012.
- GONÇALVES, L. B. B. et al. Programa Academia da Saúde: operacionalidade, ações e integração. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, n. 8381, p. 1–11, 2019.
- GONÇALVES, R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 59–74, 2015.
- GUEDES, M. B. O. G.; LOPES, J. M. Abordagem familiar e do apoio social como estratégia de suporte ao cuidado na Atenção Primária. *In*: **Fisioterapia na Atenção Primária: manual de prática profissional baseado em evidência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p. 79–89.
- HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553–3559, 2014.
- HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 524–529, 2009.
- IBGE. **Londrina/Paraná/Brasil**. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 968–975, 2013.

LAZARINI, F. M. et al. A Atenção Básica no contexto do Sistema único de Saúde. *In*: Andrade, S.M. et al. (org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Eduel, 2017. p. 329–353.

LIMA, A. J. et al. Resolutividade da fisioterapia na atenção básica à saúde (AB): a percepção de fisioterapeutas. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 4, n. 8, p. 14–22, 2017.

LIMA, R. S. A. E et al. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 25–31, 2019.

LOCH, M. R. A promoção da saúde e a formação inicial do profissional de saúde: desafios e possibilidades. **Saúde & Meio Ambiente**, v. 4, n. 1, p. 3–16, 2015.

LOPES, J. M. Modelos de atenção primária à saúde e assistência fisioterapêutica. *In*: **Fisioterapia na Atenção Primária: manual de prática profissional baseado em evidência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p. 55–66.

LOPES, J. M.; GUEDES, M. B. O. G. **Fisioterapia na Atenção Primária - manual de prática profissional baseado em evidência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

LOURES, L. F.; SILVA, M. C. S. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2155–2164, 2010.

LOWE, A.; LITTLEWOOD, C.; MCLEAN, S. Musculoskeletal science and practice understanding physical activity promotion in physiotherapy practice : a qualitative study. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 35, p. 1–7, 2018.

LUCENA, E. M. F. **A formação nos cursos de Fisioterapia na Paraíba para a atuação na atenção básica à saúde**. 2018. 134f. Tese (Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa, 2018.

LUDVIGSSON, M. L.; ENTHOVEN, P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. **Physiotherapy**, v. 98, n. 2, p. 131–137, 2012.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. Supl 2, p. 143–161, 2017.

MADRUGA, L. M. S. et al. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. Supl. 1, p. 805–816, 2015.

MAHARAJ, S. et al. Integrating Physiotherapists into Primary Health Care Organizations: The Physiotherapists' Perspective. **Physiotherapy Canada**, v. 70, n. 2, p. 188–195, 2018.

MAIA, F. et al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de Saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 110–115, 2015.

MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301–4312, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 61–66, 2003.

MÂNGIA, E.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família : integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional**, v. 19, n. 2, p. i, 2008.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia - fundamentos e recursos básicos**. 5a. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MEDEIROS, N. T. et al. **Atenção básica e fisioterapia - pressupostos teóricos para a prática em saúde**. Ampere: Editora Famper, 2016.

MEDEIROS, P. A. et al. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 407–426, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MENDES, R. et al. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 190–203, 2016.

MENDONÇA, F. F. **Grupos de educação em saúde como espaço de construção de corresponsabilidades: um estudo de caso**. 2012. 162 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina: [s.n.].

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 124–130, 2016.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77–92, 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **Ver-SUS Brasil**. Brasília-DF: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde, 2004. p. 81–100.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4a. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4a. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 29–56.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 14a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, F. A. C. **Fisioterapia na atenção primária à saúde - propostas para a prática**. Curitiba: Appris, 2019.

NASCIMENTO, A. A. P.; INÁCIO, W. S. Atuação fisioterapêutica no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma revisão sistemática. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 33, n. 3, p. 280–6, 2015.

NASCIMENTO, A. S. N. et al. Projeto de saúde no território como estratégia para promoção da cultura da paz. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, p. 107–113, 2018.

NEVES, L. M.; ACIOLE, G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 551–564, 2011.

NEVES, R. G. et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 3, p. 1–8, 2018.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanela, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 435–472.

NUNES, E. F. P. A. et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de

Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 30–42, 2015.

NUNES, E. F. P. A. et al. Gestão do trabalho em saúde no Sistema único de Saúde. *In*: Andrade, S.M. et al. (org). **Bases da Saúde Coletiva**. 2ª. ed. Londrina: Eduep, 2017. p. 187–210.

OLIVEIRA BRASIL, A. C. et al. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral-Ceará. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 3–6, 2005.

OLIVEIRA BRASIL, A. C. Promoção de Saúde e a Funcionalidade Humana. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 1–4, 2013.

OLIVEIRA, M. M. DE; CAMPOS, G. W. DE S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229–238, 2015.

OLIVEIRA, K. S. **Processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado**. 2014. 143 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina: Londrina, 2014.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, Á. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 129–147, 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Trabalhando juntos pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Renovação da Atenção Primária à saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. **Pan-American Health Organization (Paho/WHO)**, 2005.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 2011.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927–1953, 2013.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103–9, 2001.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75–91, 2003.

- PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. **PROENF Gestão**, v. 1, n. 3, p. 9–39, 2012.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977–83, 2013.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e a prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. supl. 2, p. 1525–1534, 2018.
- PINTO, D. M. ET AL. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 493–502, 2011.
- PML. **Prefeitura Municipal de Londrina**. Disponível em: <www.londrina.pr.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- PML. **Prefeitura Municipal de Londrina. Londrina em dados - 2018**. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=543&Itemid=558>. Acesso em: 5 jun. 2018.
- PORTES, L. H. et al. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura Brasileira. **Revista APS**, v. 14, n. 1, p. 111–119, 2011.
- QUIRINO, T. R. L. et al. **O NASF e o trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.
- RAGASSON, C. A. P. et al. Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. **Espaço saúde**, v. 8, n. 2, p. 20–25, 2002.
- RANDOW, R. et al. Periferização das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: desafios da implantação do Lian Gong como prática de promoção à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. Supl 1, p. 111–117, 2016.
- REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2a. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- RECCO, R. A. C.; LOPES, S. M. B. Sobre fisioterapia e seus recursos terapêuticos: o grupo como estratégia complementar à reabilitação. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 593–610, 2016.
- REYES, P.; PUELLE, F.; BARRÍA, R. M. Perception of the Quality of Physiotherapy Care Provided to Outpatients From the Primary Health Care in Chile. **Sage Journals**, v. 1, 2018.

- REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da ‘Saúde da Família’: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. Supl. 1, p. 1403–1410, 2009.
- RIBEIRO, C. D.; FLORES-SOARES, M. C. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. **Revista de Salud Pública**, v. 17, n. 3, p. 379–393, 2015.
- RIBEIRO, K. S. Q. S. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde – reflexões a partir de uma experiência universitária. **Fisioterapia Brasil**, v. 3, n. 5, p. 311–18, 2002.
- RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 156–168, 2007.
- RODES, C. H. et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 1, p. 74–82, 2017.
- RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Revista Perspectivas Online**, v. 2, n. 8, p. 104–109, 2008.
- RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Comunicação em Ciências Saúde**, v. 21, n. 3, p. 261–266, 2010.
- SÁ, F. D. Sistema Único de Saúde. *In*: Lopes e Guedes. **Fisioterapia na Atenção Primária: manual de prática profissional baseado em evidência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p. 39–54.
- SANTOS, A. A. G. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1275–1284, 2012.
- SANTOS, C. M. V. T. et al. Application on mobile platform “Idoso Ativo” (Active Aging): exercises for lower limbs combining technology and health. **Fisioterapia em Movimento**, v. 31, n. e003117, p. 1–10, 2018.
- SANTOS, L.; FUNCIA, F. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde**. 2017. Disponível em: <<http://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>>. Acesso em: 29 abr. 2019.
- SANTOS, M. J. Fisioterapia: da especialidade à integralidade. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 18, n. 2, p. 109, 2011.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221–242, 1999.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. e170627, p. 1–14, 2019.

SESA-PARANÁ. **Institui o Incentivo Financeiro de Investimento para Aquisição de Equipamentos de Fisioterapia ou Reabilitação, para a Rede da Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná - Componente da Atenção Básica, na modalidade Fundo a Fundo**. Curitiba-PR: Governo do Paraná, 2016.

SESA-PARANÁ. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): diretrizes e processos**. Curitiba-PR: Governo do Paraná, 2018.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 91–112, 2003.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1673–1681, 2007.

SILVA, D. W.; TRELHA, C. S.; ALMEIDA, M. J. Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da família. **Olho Mágico**, v. 12, n. 1, p. 15–19, 2005.

SILVA, E. S. et al. Processos de trabalho e ferramentas tecnológicas de atuação do NASF. In: Quirino, T.R.L. et al. **O NASF e o trabalho na Atenção Básica à saúde: apontamentos práticos e experimentações**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019a. p. 55–84.

SILVA, I. C. B. et al. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1–19, 2019b.

SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 76–85, 2014.

SILVA, P. F. A.; BAPTISTA, T. V. F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde em Debate**, v. 39, n. esp., p. 91–104, 2015.

SOARES, G. M. M.; BEZERRA, M. I. C. Estratégias, possibilidades e conquistas da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: estudo de caso. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, p. 45–52, 2014.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos cuidados primários em saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, n. 3, p. 679–686, 2017.

SOUZA, D. E. Fisioterapia e Promoção da Saúde. In: **Fisioterapia e Saúde Coletiva**. São

Paulo: Hucitec, 2013. p. 75–97.

SOUZA, R. K. T. DE; LOCH, M. R. Promoção da Saúde. *In: ANDRADE, S.M. et al (org.). Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Eduel, 2017. p. 29–46.

SOUZA, L. E. P. F. et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2783–2792, 2019.

SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saude**, v. 37, n. 2, p. 176–184, 2013.

SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: um estudo sob a ótica dos gestores, profissionais e usuários de saúde da família. **Revista APS**, v. 17, n. 2, p. 189–194, 2014.

SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia, cuidado e sua práxis no núcleo de apoio à saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 16, n. 2, p. 67–76, 2015.

SOUZA, M. O.; SANTOS, K. O. B. Physical therapists role in Family Health Support Center. **Fisioterapia em Movimento**, v. 30, n. 2, p. 237–46, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 1079–1097, 2010.

TEIXEIRA, R. C.; MUNIZ, J. W. C.; NAZARÉ, D. L. O Currículo para a formação do fisioterapeuta e sua construção histórica. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 4, n. 7, p. 27–39, 2017.

TESSER, C. D. et al. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da Estratégia Saúde da Família da grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 3, p. 42–56, 2010.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 174–188, 2018.

TOMASI, A. R. P.; RIZZOTTO, M. L. F. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 427–436, 2013.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative

research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007.

TRELHA, C. S. et al. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). **Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 2, p. 20–25, 2007.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1a. ed, 15 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. *In*: Campos, G.W.S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 559–590.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. *In*: Vasconcelos, K. E. L. e Costa, M. D. H. (org.). **Por uma crítica da Promoção da Saúde - contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 47–110.

VÉRAS, M. M. S. et al. O Fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, p. 169–173, 2004.

WENDT, A. S. et al. Funcionalidade e incapacidade em pacientes comprometimento musculoesquelético. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 25, n. 4, p. 15–22, 2017.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In*: CAMPOS, G. W. S. et al (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 681–717.

WHO. World Health Organization. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: World Health Organization, 2010.

YAMAGUCHI, M. A. V. **Apoio matricial na atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina: Londrina, 2014.

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de caracterização

QUESTIONÁRIO

1. Identificação:

2. Idade: ____ anos

3. Tempo de formação: ____ anos

4. Instituição onde se formou (nome e cidade):

5. Especialização:

() NÃO () SIM. Qual área? _____
() Concluído () em andamento

6. Residência:

() NÃO () SIM. Qual área? _____
() Concluído () em andamento

7. Mestrado:

() NÃO () SIM. Qual área? _____
() Concluído () em andamento

8. Doutorado:

() NÃO () SIM. Qual área? _____
() Concluído () em andamento

9. Cursos de aperfeiçoamento:

Nome: _____ ano de conclusão: _____

Nome: _____ ano de conclusão: _____

10. Qual último curso de formação/atualização realizou?

11. Tempo de atuação na atenção básica: _____ anos.

12. Onde atua no município de Londrina

() UBS urbana () UBS rural () NASF
() AD Atenção domiciliar () Gestão () Centro de reabilitação
() Outro. Especifique

13. Em sua rotina de trabalho na atenção básica, você fica fixo em uma unidade ou precisa fazer rodízio?

() fixo () rodízio

Detalhar (informar carga horária executada em cada local, e dias da semana):

14. O trabalho na atenção básica no município é seu único vínculo profissional?

() NÃO () SIM Se não, quais outros e carga horária?

Apêndice II – Roteiro de entrevista fisioterapia

ROTEIRO DE ENTREVISTA - fisioterapia

1. Me fale sobre sua formação como fisioterapeuta, desde a graduação até hoje.
2. Como se deu a sua inserção na atenção básica?
3. Descreva como é a sua rotina semanal de trabalho na UBS.
4. Como você vê o papel do fisioterapeuta na atenção básica no Sistema Único de Saúde?
5. Como percebe as legislações vigentes sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção básica na sua prática?
6. O que entende por promoção de saúde? Qual a sua atuação no desenvolvimento de ações de promoção da saúde na atenção básica? Exemplifique.
7. E as ações de reabilitação na atenção básica? Quanto elas estão presentes na sua prática?
8. Como se dá a articulação entre o fisioterapeuta e demais profissionais?
9. Quais as facilidades e as dificuldades para a prática do seu trabalho?
10. O que acha que poderia melhorar para inserção do fisioterapeuta na atenção básica? Ou Considerando a sua vivência, quais são as perspectivas futuras em relação à fisioterapia na atenção básica?
11. Sobre as ações do fisioterapeuta na atenção básica, gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Apêndice III – Roteiro de entrevista gestão

ROTEIRO DE ENTREVISTA – gestão

1. Como é a sua rotina semanal de trabalho na DRAS/DAPS?
2. Como é pensado/organizado o serviço de fisioterapia de Londrina na atenção básica?
3. Existe algum critério para distribuição dos fisioterapeutas?
4. Como você vê o papel do fisioterapeuta na atenção básica no Sistema Único de Saúde?
5. O que é, para você, promoção de saúde?
6. Como é feita a regulação dos atendimentos da fisioterapia nas UBS?
7. Como melhorar a inserção do fisioterapeuta na atenção básica?
8. O que a gestão superior espera do seu trabalho?
9. O que a gestão demanda para os fisioterapeutas em termos de produção?
10. Como está organizado o serviço hoje o usuário é bem assistido? O que precisa melhorar?
11. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre a fisioterapia na Atenção Básica?

Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: ATUAÇÕES PROFISSIONAIS”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Fisioterapia na atenção básica: atuações profissionais”**, a ser realizada **“no município de Londrina-Paraná”**. O objetivo da pesquisa é “compreender as ações que os fisioterapeutas desempenham na atenção básica”. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma (responder a perguntas sobre sua formação profissional e seu trabalho, por meio de aplicação de questionário e/ou concessão de entrevista gravada).

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade (após análise, as entrevistas gravadas serão apagadas).

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são aprimorar o conhecimento sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção básica, o que poderá influenciar mudanças na prática profissional e nas políticas públicas de saúde vigentes. Os entrevistados estarão contribuindo para formação da prática fisioterapêutica na Saúde Coletiva. Quanto aos riscos, os procedimentos utilizados apresentam um risco mínimo de desconforto que será reduzido pela condução da aplicação do questionário e da realização da entrevista. O pesquisador se responsabiliza pelos encaminhamentos a serviços públicos de saúde para solução de algum problema apresentado, quando for o caso.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar **(a pesquisadora responsável Cíntia Raquel Bim, Avenida Robert Koch, no. 60, Vila Operária, Londrina-Pr, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, telefone (43) 33712359 ou (42) 999051800, e e-mail cintiabim@gmail.com)**, ou procurar o Comitê

de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, ___ de _____ de 201_.

Cíntia Raquel Bim

RG:6.245.718-0


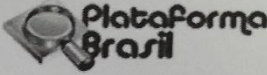
_____ (NOME POR
EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXOS

ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL	
---	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fisioterapia e atenção básica: atuações profissionais
Pesquisador: Cíntia Raquel Bim Quartiero
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 67961917.0.0000.5231
Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.125.777

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo com abordagem analítica, que pretende compreender as ações que os fisioterapeutas desempenham na atenção básica. A pesquisa será realizada em três fases, sendo a primeira fase de caracterização dos profissionais fisioterapeutas da rede municipal de saúde de Londrina-PR, a segunda contemplará a observação em campo, e a terceira, abordagem qualitativa, por meio de entrevista semiestruturada, que serão gravadas. Serão entrevistados entre 15 e 20 fisioterapeutas da atenção básica de Londrina, de ambos o sexo, e que tenham mais de um ano de experiência profissional na rede. As entrevistas buscarão responder a questionamentos como: influência da formação e tempo de atuação na atenção básica nas práticas profissionais; impacto das ações realizadas na assistência ao usuário; práticas condizentes com as políticas públicas de saúde vigentes; realização de ações de promoção e prevenção; foco das ações fisioterapêuticas, buscando o objeto de ação da fisioterapia na atenção básica em saúde. A análise do material obtido com as entrevistas será pela análise hermenêutica filosófica, com referencial teórico de Minayo (2014).

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Compreender as ações que os fisioterapeutas desempenham na atenção básica.

Endereço: LABESC - Sala 14 Bairro: Campus Universitário UF: PR Telefone: (43)3371-5455	Município: LONDRINA	CEP: 86.057-970 E-mail: cep268@uel.br
---	----------------------------	--

Página 01 de 04



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.125.777

Objetivos Secundários:

- Caracterizar os fisioterapeutas de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho;
- Compreender as concepções de trabalho e formação profissional do fisioterapeuta sobre atenção básica;
- Analisar as práticas profissionais encontradas sob a ótica da promoção da saúde;
- Verificar como se dá a articulação da prática fisioterapêutica com os outros profissionais da atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora o procedimento utilizado, entrevista, poderá trazer algum desconforto como expor sua prática diária de trabalho. Entretanto esse risco é mínimo, poderá ser reduzido na forma de condução da entrevista. Se o entrevistado precisar de algum tipo de orientação, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita. O pesquisador se responsabiliza pelos encaminhamentos a serviços públicos de saúde para solução do problema apresentado, quando for o caso.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de aprimorar o conhecimento sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção básica, o que poderá influenciar em mudanças na prática profissional e nas políticas públicas de saúde vigentes. Os entrevistados estarão contribuindo indiretamente para formação da prática fisioterapêutica na Saúde Coletiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, as práticas profissionais do fisioterapeuta na atenção básica são divididas entre ações individuais para reabilitação e coletivas, com enfoque na promoção e prevenção em saúde. Sendo assim, compreender as ações que os fisioterapeutas desempenham na atenção básica, se faz necessário, uma vez que o perfil epidemiológico atual e as demandas de saúde da população impõem aos fisioterapeutas a necessidade de superar os limites da reabilitação, ampliando suas ações para outros níveis de atenção e realizando outras formas de intervenção, com destaques para a atuação na atenção básica à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto está devidamente assinada e carimbada;
- Foi apresentado autorização da secretaria municipal de saúde de Londrina;
- Foi apresentado orçamento e o financiamento é próprio.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

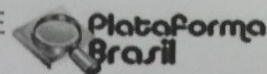
Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Involuntando
Sereia Hermanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.125.777

- TCLE está na forma de convite e de acordo com a resolução 466/2012.
- As entrevistas serão gravadas e ao término da pesquisa as gravações serão apagadas.

Recomendações:

Ao esclarecer que o grupo focal será realizado no CCS/HU, os participantes terão que se deslocar até o local da entrevista e este deslocamento deverá ser ressarcido pelo pesquisador, conforme o descrito no TCLE " ... que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_908012.pdf	07/06/2017 22:26:46		Aceito
Outros	pendencias.docx	07/06/2017 22:26:24	Cintia Raquel Bim Quartiero	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetolondrina.doc	28/04/2017 16:50:45	Cintia Raquel Bim Quartiero	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaosecretaria.pdf	28/04/2017 16:48:47	Cintia Raquel Bim Quartiero	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclelondrina.docx	28/04/2017 16:41:21	Cintia Raquel Bim Quartiero	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/04/2017 16:40:45	Cintia Raquel Bim Quartiero	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.125.777

LONDRINA, 19 de Junho de 2017

Assinado por:
Rosana Lopes
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO II – Autorização da Autarquia Municipal de Saúde para realização da pesquisa

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

C.D.08/2017
CEEPC/GPQS/DGTES/AMS/PML

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“FISIOTERAPIA DA ATENÇÃO BÁSICA: ATUAÇÕES PROFISSIONAIS”, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela aluna Cintia Raquel Birn Quartiero do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva a nível de Doutorado, da Universidade Estadual de Londrina, sendo orientada pelo Prof^o Dr Alberto Duran Gonzalez, docente da mesma Instituição. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, nº 2.125.777, datado de 19/06/2017.

Solicitamos que ao término da pesquisa nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 22 de junho de 2017.


Eliane Sandra Vieira
 GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E
 QUALIFICAÇÃO DE SERVIDORES


Suéli Inocente
 Enfermeira,
 GPQS/DGTES/AMS/PML