

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O QUE SABEM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE?

THE PHYSICAL THERAPIST'S PROFESSIONAL PERFORMANCE IN PRIMARY HEALTH CARE: WHAT DO COMMUNITY HEALTH

Adriane Pires Batiston (Orcid: 0000-0002-9567-7422)¹
Jackeline Sousa da Silva (Orcid: 0000-0002-1985-9689)¹
Elaine Carvalho da Silva (Orcid: 0000-0002-7558-4413)¹
Laís Alves de Souza Bonilha (Orcid: 0000-0002-2157-3006)¹
Fernando Pierette Ferrari (Orcid: 0000-0002-8867-9833)¹
Janainny Magalhães Fernandes (Orcid: 0000-0002-6647-9136)²
Vinícius Sanches Santos (Orcid: 0000-0002-7183-9351)²
Roberto Zonato Esteves (Orcid: 0000-0001-6632-775X)³

RESUMO

Considera-se relevante que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) conheça a atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde (APS), influenciando positivamente suas ações. Este estudo objetivou investigar o conhecimento dos ACS sobre a atuação do fisioterapeuta na APS. Realizou-se um estudo transversal com 170 ACS no município de Campo Grande/MS. Utilizou-se um questionário com informações sociodemográficas e relacionadas ao conhecimento sobre a atuação do fisioterapeuta. Para os ACS, o papel do fisioterapeuta na APS relaciona-se ao atendimento individual, domiciliar e com vista à reabilitação. Competências, como gestão e educação em saúde, são pouco reconhecidas como prática do fisioterapeuta.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Fisioterapia; Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

It is considered important that the Community Health Agent (CHA) understands about the role of the physical therapist in Primary Health Care (PHC), positively influencing their actions. This study aimed to investigate the knowledge of the CHA about the physical therapist's role in PHC. Cross-sectional study was carried out with 170 CHA in Campo Grande / MS. It was used a questionnaire with socio-demographic questions and related to the knowledge of CHA on the physical therapist performance. For the CHA, the physical therapist's role in PHC, relates to the individual care, home care, and seeking rehabilitation view. Skills such as management and health education are hardly recognized as the physical therapist's practice.

Keywords: Primary Health Care; Physical therapy; Community Health Agents.

Contato

Adriane Pires Batiston
E-mail: adriane.batiston@ufms.br

¹ Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, Brasil.

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Departamento de Medicina, Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS/MEC- Brasil.

Agradecemos o apoio da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande-MS pelo apoio para a realização deste estudo.

INTRODUÇÃO

A partir do movimento sanitário brasileiro, iniciado na década de 1970, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o campo da saúde brasileira enfrentou processos importantes de mudanças na tentativa de superar a priorização dos saberes e práticas biologicistas, a atenção voltada à doença e à concepção do hospital como local privilegiado de cuidado, advindos do modelo médico-assistencial privatista, que vem sendo substituído pelo modelo assistencial organizado em redes e coordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS)^{1,2}.

Com o intuito de avançar na reorganização da APS, foi instituída a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se fundamenta na vigilância à saúde e possui a família como foco principal de sua atenção, a partir do seu ambiente físico e social. A ESF sugere uma relação contínua e próxima entre a população e os profissionais de saúde³⁻⁵. O cuidado é realizado por uma equipe multiprofissional formada basicamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS) e, quando ampliada, inclui ainda um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental^{6,7}.

O profissional fisioterapeuta não está inserido na equipe básica da ESF, porém está presente na APS, podendo integrar equipes ampliadas da ESF ou compor, juntamente com outros profissionais, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A dificuldade de inclusão do fisioterapeuta na APS se dá por sua formação historicamente centrada no atendimento individual, focado em

patologias e na reabilitação, valorizando a atenção especializada, mas principalmente pelo desconhecimento das potencialidades de práticas neste nível de atenção tanto pelos próprios fisioterapeutas, quanto pelos outros profissionais da área da saúde, gestores e ainda pela população⁸⁻¹⁰.

No que se refere à formação do profissional fisioterapeuta, observa-se uma evolução crescente, impulsionada pela publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Fisioterapia (DCN/Fisio), que orientam a formação de profissionais para atuarem no sistema de saúde vigente no país, nos três níveis de atenção, incluindo-se a APS¹¹. Nessa perspectiva, vale destaque a importância do fisioterapeuta na APS uma vez que esse profissional pode somar à equipe de saúde, influenciando positivamente no atendimento das necessidades da população nos diversos ciclos de vida, colaborando para uma melhor resolutividade de problemas e promoção da saúde ainda neste nível de atenção.

No Brasil, a organização da atenção à saúde tem algumas particularidades quando comparada a outros países, entre elas, a presença do ACS nas equipes da ESF. O papel do ACS na produção do cuidado tem sido alvo de estudos que buscam, entre outras coisas, analisar a atuação deste profissional na equipe de saúde, sua relação com a comunidade, o impacto de seu trabalho nos indicadores de saúde e a formação de sua identidade profissional^{12,13}. Desta forma, o ACS destaca-se entre os profissionais como um ator fundamental nas equipes de saúde, uma vez que possui características singulares, como ser morador da própria comunidade e ponto de vínculo dos indivíduos e famílias com

os serviços de saúde, sendo aquele que identifica os problemas da população e que estabelece um laço de interação e diálogo entre a comunidade e a equipe^{8,12}.

Portanto, reconhecendo o ACS como um profissional de elo entre a identificação das necessidades da população e o trabalho da equipe, o objetivo deste estudo foi investigar o que sabem os ACS sobre a atuação do fisioterapeuta na APS, visando refletir sobre sua inserção atual nesse nível de atenção.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que investigou o conhecimento dos ACS sobre a atuação do fisioterapeuta na APS. Foram incluídos na pesquisa os ACS atuantes em 23 equipes alocadas nas 10 Unidades de Saúde da Família (UBSF), existentes no Distrito Sanitário Sul do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário autoaplicável previamente elaborado, composto de perguntas objetivas divididas em quatro blocos: bloco 1: dados sociodemográficos e informações relacionadas a inserção do ACS na ESF; bloco 2: informações sobre o conhecimento dos ACS quanto as atribuições do fisioterapeuta; bloco 3: informações sobre o conhecimento dos ACS sobre situações nas quais o tratamento fisioterapêutico estaria indicado e bloco

4: informação sobre o conhecimento dos ACS sobre o papel do fisioterapeuta na APS e barreiras para a realização da fisioterapia em pessoas que necessitem desta atenção. Anteriormente ao início da coleta, o instrumento foi submetido a um teste piloto com 10 profissionais não incluídos na amostra do estudo. Após sua aplicação, foi realizada uma adequação semântica para melhor interpretação das questões relacionadas ao bloco 2, sendo substituído o termo Fisioterapia por Fisioterapeuta.

Os ACS foram identificados a partir de contato prévio com os gerentes de cada uma das UBSF, momento em que foi agendada a visita para a coleta de dados. Cada profissional respondeu de forma individual e anônima o questionário, e o tempo utilizado pelos profissionais para responderem ao questionário foi de aproximadamente 15 minutos.

Uma análise descritiva dos dados foi realizada e os resultados apresentados por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%).

A pesquisa referente a este estudo respeitou a todos os critérios éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul com o número de protocolo: 07442312.9.0000.0021 e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando sua participação, conforme resolução CNS466/12.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 170 ACS, em relação às características socio-demográficas, observou-se que a grande maioria, (66,7%) possui ensino médio completo. Em relação ao trabalho na ESE, 77,2% relataram ter recebido capacitação prévia e a maioria (83,7%) nunca trabalhou em equipe com a presença de um fisioterapeuta. O detalhamento das variáveis sociodemográficas e outras informações referentes aos ACS, estão descritas na tabela 1.

Os ACS foram questionados sobre as atribuições do fisioterapeuta e os resultados demonstraram que 90,6% possuem o conhecimento adequado de que o tratamento fisioterapêutico deve ser realizado exclusivamente por fisioterapeutas, não podendo tais práticas serem executadas por outros profissionais. Em contrapartida, no que diz respeito ao conhecimento dos ACS sobre a autonomia do fisioterapeuta, observou-se que 47,6% dos entrevistados possuem o conhecimento inadequado de que o fisioterapeuta deva seguir rigorosamente a prescrição do profissional médico (tabela 2).

Tabela 1: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) segundo as variáveis sociodemográficas e as informações relacionadas a sua inserção na Estratégia Saúde da Família. Campo Grande.

Variáveis	n (%)
Faixa etária	
Até 29	18 (15,5)
Entre 30 e 39	43 (37,1)
Entre 40 e 49	40 (34,5)
50 ou mais	15 (12,9)
Estado Civil	
Casado	122 (70,9)
Solteiro	35 (20,3)
Viúvo	4 (2,3)
Divorciado	11 (6,4)
Escolaridade	
Ensino médio completo	114 (66,7)
Ensino superior incompleto	37 (21,6)
Ensino superior completo	18 (10,5)
Pós-graduação	2 (1,2)
Realizou capacitações para atuar na Estratégia Saúde da Família	
Sim	129 (77,2)
Não	38 (22,8)
Trabalhou em uma equipe que possuía um fisioterapeuta	
Sim	27 (16,3)
Não	139 (83,7)
Equipe de saúde da família recebe apoio de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família	
Sim	125 (75,3)
Não	41 (24,7)

Entre os entrevistados, 89,4% afirmam que a atenção fisioterapêutica na APS se limita a pacientes restritos ao leito, além de 85,3% acreditarem que o fisioterapeuta não pode atuar na APS por falta de equipamentos e local apropriados. Percebeu-se, ainda, que muitas competências do fisioterapeuta são desconhecidas pelos ACS, uma vez que, 20,6% deles não reconhecem a educação em saúde como parte das ações a serem desenvolvidas por este profissional e para 53,5% dos entrevistados, a gestão em saúde não faz parte das competências do fisioterapeuta (tabela 2).

Neste estudo, investigou-se, ainda, o conhecimento dos ACS sobre situações nas quais o tratamento fisioterapêutico estaria indicado, os resultados apontam que as situações nas quais houve menor reconhecimento como sendo uma indicação para a atenção fisioterapêutica foram relacionadas a doenças crônicas, como a hipertensão arterial (12,5%) e diabetes mellitus (15,5%) (tabela 3).

O papel do fisioterapeuta na APS, segundo os ACS está voltado mais para a reabilitação (83%) do que para a promoção e prevenção (70,1%), com o atendimento individual (67,9%) superando o atendimento a grupos (53,3%). O atendimento domiciliar foi mais associado ao papel do fisioterapeuta na APS (79,4%) do que o atendimento realizado na própria unidade básica de saúde (61,8%).

Os ACS foram questionados sobre possíveis barreiras para a realização da fisioterapia em pessoas que necessitem desta atenção, e os fatores mais citados foram: dificuldade de locomoção até a clínica/hospital/unidade de saúde (80,2%), insuficiência de vagas na rede pública e clínicas conveniadas ao SUS (70,7%) e insuficiência de profissionais fisioterapeutas na rede municipal de saúde (56,9%).

DISCUSSÃO

Observou-se que, segundo os ACS, o fisioterapeuta é identificado como um profissional com formação em nível superior, bem como são reconhecidos seus atos privativos, já que a maioria dos entrevistados relaciona a realização do tratamento fisioterapêutico exclusivamente por este profissional. Este conhecimento dos ACS ganha relevância, uma vez que a Fisioterapia é uma profissão relativamente recente no Brasil, regulamentada pelo decreto 938/69, quando o fisioterapeuta passou a ser reconhecido como profissional de nível superior sendo estabelecidas suas atribuições e assegurados seus atos privativos¹⁴. Os resultados deste estudo não permitem identificar se a percepção dos ACS, mesmo coincidindo com as normativas legais, relaciona-se a elas ou à inserção do fisioterapeuta nos serviços de saúde, ou seja, podendo também ser decorrente do senso comum, do compartilhamento social de informações sobre a profissão.

A questão da autonomia não está clara para a grande parcela dos entrevistados, que ainda associa a conduta fisioterapêutica à prescrição médica. Essa percepção pode ter tido início com o surgimento da fisioterapia, muito próxima à prática médica e com marcada relação de dependência. Além disso, a exigência instituída pelo SUS e pelos planos de saúde de que o encaminhamento ao tratamento fisioterapêutico seja condicionado a consulta e concordância do profissional médico interfere diretamente na construção do conhecimento dos ACS, da sociedade e dos próprios fisioterapeutas sobre sua autonomia¹⁵.

Tabela 2: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de acordo com o conhecimento sobre o fisioterapeuta e suas atribuições. Campo Grande.

Variáveis	n (%)
Fisioterapeuta possui formação de nível superior	
Conhecimento adequado	159 (93,5)
Conhecimento não adequado	11 (6,5)
O Tratamento fisioterapêutico pode ser realizado também por outros profissionais da saúde	
Conhecimento adequado	154 (90,6)
Conhecimento não adequado	16 (9,4)
O fisioterapeuta deve seguir rigorosamente a prescrição médica, sem modificar a conduta prescrita	
Conhecimento adequado	89 (52,4)
Conhecimento não adequado	81 (47,6)
Na Estratégia Saúde da Família o atendimento do fisioterapeuta limita-se a pacientes restritos ao leito	
Conhecimento adequado	152 (89,4)
Conhecimento não adequado	18 (10,6)
O Fisioterapeuta não pode atuar na Estratégia Saúde da Família, pois não há equipamentos nem local apropriado nas Unidades de Saúde	
Conhecimento adequado	145 (85,3)
Conhecimento não adequado	25 (14,7)
O Fisioterapeuta desenvolve ações de educação em saúde	
Conhecimento adequado	135 (79,4)
Conhecimento não adequado	35 (20,6)
Faz parte das competências destinadas ao fisioterapeuta a gestão em saúde	
Conhecimento adequado	79 (46,5)
Conhecimento não adequado	91 (53,5)
O Fisioterapeuta pode desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em pessoas sem nenhum problema de saúde	
Conhecimento adequado	137 (80,6)
Conhecimento não adequado	33 (19,4)

Tabela 3: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de acordo com as respostas referentes às situações nas quais acredita que a fisioterapia está indicada. Campo Grande.

Variáveis	n (%)
Acidente de trânsito	149 (88,7)
Reabilitação da marcha	148 (88,1)
Pessoas restritas ao leito	148 (88,1)
Algia na coluna	140 (83,3)
Paralisia cerebral	117 (69,6)
Fraturas	107 (63,7)
Algias nas pernas	81 (48,2)
Pneumonia	44 (26,2)
Gestação	35 (20,8)
Diabetes Mellitus	26 (15,5)
Hipertensão Arterial	21(12,5)
Outras situações	2(1,2)

Os ACS também reconheceram a predominância do modelo biomédico na atenção à saúde, ao associarem as ações do fisioterapeuta ao atendimento domiciliar, individual e referirem como uma dificuldade para sua atuação na APS, a ausência de materiais necessários ao atendimento, remetendo claramente às ações de reabilitação. A origem da profissão, influenciou o modelo de atuação do fisioterapeuta, reforçado pelos entrevistados ao afirmarem que, a exemplo da medicina, a fisioterapia tem prevalência de ações em áreas especializadas, realizadas de forma individual e com foco na reabilitação, tendo como centralidade a doença e não o indivíduo^{16, 17}.

Em parte, os ACS entrevistados não incluem a educação em saúde entre as atribuições da Fisioterapia na APS, tal fato nos remete a discussão anterior sobre

a forte ligação, estabelecida pela sociedade entre o fisioterapeuta e as ações focadas em procedimentos individuais de cunho reabilitador e curativo^{9,15,18}. Entretanto, a educação em saúde merece destaque neste nível de atenção, juntamente com outras possibilidades, tais como a prática de visitas domiciliares compartilhadas, a educação popular em saúde, as atuações intersetoriais, a atenção aos cuidadores e o acolhimento em saúde, com vistas ao cuidado humanizado aos pacientes. Todas estas práticas confluem para a consolidação da Fisioterapia na APS^{19,20} e devem ser observadas, tanto por pessoas envolvidas com a formação quanto pelos profissionais que já atuam no mundo do trabalho.

A gestão e as ações de prevenção e promoção da saúde estão destacadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação de fisioterapeutas¹¹, po-

rém, como observado, não são vistas pelos ACS como práticas fisioterapêuticas. É importante destacar que as DCN orientam a formação voltada aos princípios do SUS e às necessidades de saúde da população e institui novos domínios e habilidades no que diz respeito ao processo saúde-doença dos indivíduos, suas famílias e comunidades²¹. É importante considerar que, para muitos fisioterapeutas isso também não é muito claro¹⁵, resultado de processos de formação profissional desatualizados, o que restringe a inserção da profissão na APS e penaliza a população pela falta de acesso às ações de saúde.

Grande parte dos ACS não reconhece a atuação do fisioterapeuta em indivíduos com condições crônicas, como, por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, permitindo afirmar que práticas voltadas à promoção da saúde, prevenção e minimização de agravos, características da prática em APS, não são comumente relacionadas ao fisioterapeuta. De fato, por muitos anos a formação profissional do fisioterapeuta teve como foco o egresso dotado de competências para atuar nos níveis de média e alta complexidade^{9,21}. Diante desse cenário, já era esperado que, sob a ótica dos ACS, o papel do fisioterapeuta estivesse mais relacionado a práticas essencialmente curativas.

As mudanças observadas no perfil epidemiológico, na dinâmica dos agravos e na própria sociedade exigem que políticas públicas sejam cada vez mais inclusivas e que possam atender às necessidades da população. Os profissionais da saúde foram impulsionados a acompanhar estas mudanças, quanto ao cuidado propriamente dito e quanto à formação profissional. No caso da fisio-

terapia, estas mudanças, aparentemente, vêm ocorrendo de forma lenta, haja vista a pouca inserção do profissional na APS, especialmente nas equipes de ESF, mesmo se considerando sua destacada inserção nos NASE, e ainda com alguns percalços na atuação para esse nível de atenção^{22,23}.

Para o fisioterapeuta, é possível que haja interferência na percepção que os outros trabalhadores possuem acerca de suas atribuições, assim como os ACS deste estudo, que possuem uma visão limitada sobre a gama de possibilidades de ações em que a Fisioterapia pode contribuir para a APS, reconhecendo, por exemplo, atendimentos individuais como principal forma de atuação neste âmbito de atenção, dando pouco destaque às ações coletivas a grupos específicos e de distintas faixas etárias^{24,25}. É bastante provável que a percepção que os ACS têm sobre a fisioterapia advenha do senso comum da sociedade e não de sua vivência profissional, uma vez que neste estudo, poucos relataram terem experienciado o trabalho em equipe na qual o fisioterapeuta estava inserido. A mesma limitação sobre as possibilidades de atuação do fisioterapeuta, aparentemente, é compartilhada pelos gestores, motivo pelo qual a inserção do fisioterapeuta na APS está aquém das necessidades da população.

Outro resultado importante apontado por este estudo foi a percepção dos ACS no que se refere às barreiras para o acesso dos usuários da ESF à fisioterapia. Os ACS atribuem a não realização do tratamento fisioterapêutico à baixa oferta de vagas nas clínicas conveniadas, que pode ser explicada pela carência desse profissional na rede, não suprimindo a grande e crescente demanda de procura por aten-

dimento. Sendo assim, a maior proximidade da Fisioterapia com a APS traria a possibilidade de aumentar a resolutividade desse nível de atenção, de diminuir encaminhamentos, melhorar o trabalho em equipe e possibilitar a garantia do cuidado mais efetivo e integral ao usuário e sua família²⁵⁻²⁷. E para tal, o trabalho entre ambas as categorias profissionais (ACS e fisioterapeuta) na APS tem se mostrado potente para a troca de saberes e produção do cuidado para a população²⁸.

Este estudo traz reflexões acerca do (des)conhecimento da práxis fisioterapêutica por ACS, que podem espelhar, também, a visão dos demais profissionais da saúde, gestores e da população em geral. Na percepção dos ACS, ainda hoje, as práticas fisioterapêuticas estão fortemente associadas aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

É importante ressaltar que, embora a fisioterapia seja uma categoria profissional com uma identidade socialmente construída centrada na reabilitação, a prática desmedicalizante, a desfragmentação do cuidado e o trabalho focado nas subjetividades em saúde deve ser constituída no cotidiano do trabalho vivo em ato, de modo a produzir potências para além da normatização dos corpos²⁸. Dessa maneira, a compreensão das competências e atribuições de qualquer núcleo profissional deva valorizar as competências de campo para além das limitações do núcleo²⁹ e a atenção ser eticamente centrada nos sujeitos, diante do cotidiano da micropolítica do cuidado em saúde³⁰.

No campo da saúde coletiva e no âmbito das políticas públicas de saúde no país, bem como na formação de profissionais para atuação no SUS, a compreensão do trabalho interprofissional, o uso de ferramentas tecnológicas e as competências para um trabalho em rede que vise a integralidade e as práticas coletivas são essenciais³¹. Dessa forma, no mundo do trabalho, a educação permanente em saúde (EPS) é uma das ferramentas propícias para o diálogo, a construção do conhecimento e de práticas^{32,33}. A EPS, nesse caso, surge como estratégia que contribui para o conhecimento pelo trabalho, auxiliando, inclusive, na prática do matriciamento. Portanto, ACS e fisioterapeutas, por exemplo, podem estreitar suas relações, técnicas e atribuições no cotidiano vivo do trabalho, através do uso dessas ferramentas.

Como limitação do estudo, a abordagem quantitativa e o instrumento estruturado desenvolvido, embora submetido a teste piloto, podem em parte objetivar as percepções dos ACS sobre as possibilidades de práticas do fisioterapeuta na APS, sugere-se que em estudos futuros sejam utilizadas metodologias híbridas, oportunizando a triangulação dos dados para aprofundamento da análise.

Ademais, com a ampliação das equipes multiprofissionais na APS, bem como a qualificação profissional para o trabalho em rede, com uso de tecnologias da saúde que visem a ampliação da clínica, a equidade, integralidade do cuidado, educação permanente, apoio matricial e institucional, o profissional fisioterapeuta

vem utilizando da reinvenção da clínica e de sua atuação para um cuidado centrado nas tecnologias leves, na territorialidade e na saúde coletiva. Dessa forma, a construção do trabalho em fisioterapia na APS tem sido um processo mútuo, entre a própria profissão e demais categorias profissionais e usuários, para além de uma prática de cuidado vertical, prescritiva e padronizante²⁸.

O agente comunitário tem auxiliado na construção de um modelo de atenção pautado em práticas coletivas, de prevenção e promoção da saúde, territorialidade e cidadania³⁴, juntamente com a entrada de outras categorias profissionais na APS, para além da equipe mínima (médico, equipe de enfermagem e ACS)³⁵. No entanto, é preciso ressaltar que a atual redução dos direitos e do financiamento público na saúde, com a situação de crise política e austeridade no país, redução do custeio e a mudança da Política Nacional de Atenção Básica, que possibilita a redução da categoria profissional dos ACS, podem gerar desmontes relevantes no modo de se produzir conhecimento e cuidado em saúde³⁶. Dessa maneira, novos estudos nessa linha devem analisar o impacto das políticas públicas no cotidiano do trabalho dos profissionais da APS.

A despeito dos ACS participantes deste estudo terem apresentado um bom conhecimento a respeito da atuação do fisioterapeuta na APS, a investigação abordada nesta pesquisa não tem a pretensão de finalizar as discussões acerca das atribuições da fisioterapia neste nível de atenção à saúde, tendo em vista que se trata de tema recente. Sugere-se, portanto, que outros estudos sejam realizados

acerca das percepções por parte dos trabalhadores, gestores e usuários em relação às competências do fisioterapeuta e dos profissionais da saúde, suportando discussões entre os envolvidos na formação e os profissionais já inseridos nesse nível de atenção, considerando as competências de trabalho de núcleo e campo.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. mov.* 2010 June;23(2): 323-330.
2. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. P. 149-182
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma nova estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
4. Costa Neto MM. *Caderno de Atenção Básica: A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.
5. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16 (supl. 1): 1515-1523.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012.
7. Gama KCSD. Inserção do fisioterapeuta no programa de saúde da família: uma proposta ética e cidadã. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. 2010;3(1):12-29.

8. Bispo Junior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15 (supl. 1):1627-1636.
9. David MLO, Ribeiro MAGO, Zanolli ML, Mendes RT, Assumpção MS, Schivinski CIS. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. *Saúde debate*. 2013; 37(96): 120-129.
10. Silva DJ, Da Ros MA. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(6): 1673-1681.
11. Brasil. Ministério da Educação. Resolução n. 4. aprovada em 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. *Diário Oficial da União*, de 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.
12. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(1):259-268.
13. Santos LPGS, Fracolli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2010 Mar 44(1): 76-83.
14. Brasil. Decreto-lei 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n.197, seção 1, p.3658. 16 out. 1969.
15. Salmória JG, Camargo WA. Uma Aproximação dos Signos - Fisioterapia e Saúde - aos Aspectos Humanos e Sociais. *Saude soc*. 2008; 17(1): 73-84.
16. Bispo Junior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2009; 16(3): 655-668.
17. Carvalho STRE, Caccia-Bava MCGG. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Fisioter. mov*. 2011; 24(4): 655-664.
18. Cogo LA, Freitas CS, Ribeiro JS, Vogt MSL, Miolo SB. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a fisioterapia na atenção primária. *Rev.Saúde (Santa Maria)*. 2013; 39(1): 101-111.
19. Santos MLM, Medeiros AA, Batiston AP, Pontes ERJC, Ferrari FP, Fernandes JM et al. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. *Fisioterapia Brasil*. 2014; 15(1): 69-76.
20. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Rev. APS*. 2011; 14(1): 111-119.
21. Rocha VM, Caldas MAJ, Araújo FRO, Ragasson CAP, Santos MLM, Batiston AP. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas (ABENFISIO). *Fisioterapia Brasil*. 2010; 11(5): 4-8.
22. Pereira FWA, Mangueira JO, Monteiro MPA, Vêras MMS, Lima VCS, Barrocas TCP et al. A Inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. *Sanare*. 2004;5(1):93-100.
23. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioter. mov*. [online]. 2016, 29(4):741-750.

24. Oliveira G, Andrade ES, Santos ML, Matos GSR. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2011; 24(4): 332-339.
25. Costa JL, Pinho MA, Filgueiras MC, Oliveira JBB. A fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções dos usuários. *Revista Ciência & Saúde*. 2009; 2(1): 2-7.
26. Castro SS, Cipriano Junior MGA. A Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioter. mov*. 2006; 19(4):55-62.
27. Ribeiro, KSQS, Araújo Neto J, Arangio MG, Nascimento PBS, Martins TNT. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica. *Revista APS*. 2007; 10(2):156-168.
28. Fernandes JM. Meu corpo, meu endereço e meu movimento: O lugar do cuidado ao usuário em restrição domiciliar no trabalho da Atenção Básica em Saúde. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; 2017.
29. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000; 5(2):219-230.
30. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. P.361.
31. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*. 2009; 6(3): 443-456.
32. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*. 2005; 9(16): 61-177
33. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005; 10(4): 975-986.
34. Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2000;2(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Agente.html>
35. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional* [periódico na internet]. 2015; 40(131): 59-74.
36. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(1):e00206316.