

Postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas: uma menor demanda para a atenção básica

Workplaces occupied by physiotherapists: less demand for primary care

Juliana Aparecida Elias Fernandes (<https://orcid.org/0000-0002-9331-4580>)¹

Marília Miranda Forte Gomes (<https://orcid.org/0000-0001-8584-9676>)²

Bruna da Silva Sousa (<https://orcid.org/0000-0002-6403-5654>)³

Vera Regina Fernandes da Silva Marães (<https://orcid.org/0000-0001-6605-0308>)⁴

Abstract *In view of the expanded view of health proposed by the Unified Health System (SUS), the approach given to the illness process required a prism focused on the biopsychosocial view and no longer on the biomedical model, which led to a reorganization in the training of health professionals. Thus, the National Curriculum Guidelines were established guiding the pedagogical projects of the courses towards the biopsychosocial model, so that the International Classification of Functionality, Disability and Health contributes to this scenario through its multidimensional and non-reductionist approach. However, physiotherapy has historically been strongly influenced by the biomedical model, distancing it from primary care (PC). This is an exploratory, descriptive and quantitative study, with secondary data source obtained through the National Register of Health Establishments in Brazil, whose objective was to verify, within a 10-year interval, at which level of health care most physiotherapists and their representation in PC are concentrated. The findings indicated that PC represents the minority scenario of jobs occupied by physical therapists, reflecting the hegemony of the biomedical model and reinforcing the rehabilitation character historically given to the profession.*

Key words *Gaps in professional practice, Physiotherapy, Unified Health System, Health care levels*

Resumo *Tendo em vista o olhar ampliado de saúde proposto pelo SUS, a abordagem dada ao processo do adoecimento exigiu um prisma voltado à visão biopsicossocial, e não mais ao modelo biomédico, o que levou a um reordenamento na formação dos profissionais de saúde. Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais foram instituídas norteadoras os projetos pedagógicos dos cursos rumo ao modelo biopsicossocial, de forma que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde contribui para esse cenário por meio de sua abordagem multidimensional e não reducionista. Entretanto, historicamente, a fisioterapia tem forte influência do modelo biomédico, distanciando-a da atenção básica (AB). Este é um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, com fonte de dados secundários obtidos por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil, e cujo objetivo foi verificar, dentro de um intervalo de dez anos, em qual nível de assistência à saúde está concentrada a maior parte dos fisioterapeutas e sua representatividade na AB. Os achados indicaram que a AB representa o cenário minoritário dos postos de trabalho ocupados pelos fisioterapeutas, refletindo a hegemonia do modelo biomédico e reforçando o caráter reabilitador dado historicamente à profissão.*

Palavras-chave *Lacunas da prática profissional, Fisioterapia, Sistema Único de Saúde, Níveis de atenção à saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias na Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário s/n, Centro Metropolitano, Ceilândia Sul. 72220-275 Brasília DF Brasil. julianaeliasunb@gmail.com

² Faculdade do Gama, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

³ Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

⁴ Curso de Fisioterapia, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

Na década de 1980, as transformações em saúde no Brasil, com a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxeram um conceito ampliado de saúde, superando a dicotomia entre as práticas curativistas – hegemônicas até então – e aquelas voltadas à prevenção e à promoção da saúde. Frente a essa nova ótica, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença ultrapassaram a barreira hospitalocêntrica, uma vez que o modelo biomédico não contempla um olhar ampliado de saúde. Assim, esse cenário trouxe demandas para novos saberes e conhecimentos em saúde, com áreas como as ciências sociais e a psicologia possibilitando um redimensionamento das ações em saúde, com um prisma voltado à participação da sociedade, à integralidade e à qualidade de vida¹.

No Brasil, até o final da década de 1990, poucos esforços foram concentrados em relação a essa nova demanda para a formação de recursos humanos na saúde², e até então os currículos de cursos de formação na área da saúde ainda eram fragmentados e dicotomizados. Contrapondo tal cenário, as Diretrizes Curriculares Nacionais foram instituídas em 2001, e entre elas, as do curso de fisioterapia (DCNF)³, o que representou um marco importante, tendo em vista a readequação curricular que se fez necessária aos cursos, a fim de atender a tais diretrizes. Assim, as DCNF foram fundamentais para melhor adequar a formação do discente frente às necessidades de um novo pensar em saúde, norteando os projetos pedagógicos desse curso com uma concepção ampliada do processo do adoecimento⁴. Dessa forma, com o objetivo de desviar o caráter curativista dado à profissão para uma visão biopsicossocial, as DCNF preconizaram habilidades e competências em que a atenção à saúde ultrapassa o “ato técnico em si” e objetivam um perfil do egresso apto a “desenvolver ações que incluam prevenção, promoção e proteção à saúde”³.

É importante salientar que o aspecto curativista associado à fisioterapia foi historicamente determinado desde a sua criação, há cerca de 50 anos, com o exercício profissional sendo tutelado pela medicina e sob uma demanda de recuperação dos sequelados da guerra e da poliomielite⁵. Tal cenário contempla a visão reducionista de saúde, moldada nos padrões flexnerianos e, por conseguinte, encarcerada em práticas unidirecionais, com foco exclusivo na doença⁶. Assim, a condição de saúde que envolve não apenas a dimensão das funções e estruturas do corpo, mas a

atividade e a participação, bem como os fatores contextuais, ambientais e pessoais⁶⁻⁹, não eram considerados.

Deste modo, a gênese da fisioterapia teve como alicerce o modelo biomédico de saúde^{5,7}, influenciando o aparente distanciamento dessa profissão em relação às ações preventivas, vinculando-a à complexidade tecnológica e à fragmentação de saberes, o que dificulta a visão do profissional para além da doença em si⁷.

Assim, ir além das questões puramente biológicas é ponto crucial quando se tem em mente que o adoecer traz consigo um processo tridimensional, que inclui, além dos fatores biológicos, questões sociais e ambientais que trarão repercussões diretas sobre a condição de saúde do indivíduo, impactando sua funcionalidade. Dessa forma, a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF)⁹ se apresenta como uma ferramenta importante com vistas a contribuir para a quebra da linearidade do modelo biomédico¹⁰, uma vez que muda o foco da doença em si para a qualidade de vida do indivíduo¹¹. Portanto, o modelo biopsicossocial proposto pela CIF se opõe à visão reducionista do processo do adoecimento por meio de uma abordagem que ultrapassa as questões puramente biológicas^{12,13} e que em muito pode corroborar para a inserção do fisioterapeuta em ambientes que exijam uma visão holística do ser, como a atenção básica.

Entretanto, essa abordagem biopsicossocial não parece ser uma realidade no ensino de fisioterapia no Brasil¹⁴, além disso, é preciso grifar que o ordenamento de currículos integralizados e focados na promoção da saúde, conforme preconizam as DCNF, bem como as evidentes contribuições da CIF nesse cenário, por si só não podem sustentar um novo modelo de intervenção.

Antes é preciso que haja profundas mudanças a fim de dirimir o tecnicismo historicamente arraigado à profissão¹⁵ e que alicerça o modelo biomédico na prática do fisioterapeuta¹⁶. Nesse ponto, faz-se necessário enfatizar a importância da formação recebida, pois ela parece influenciar a prática profissional do indivíduo¹⁷, de forma que é fundamental que as instituições de ensino superior (IES) estejam sensibilizadas com as necessidades da sociedade e alinhadas aos princípios do SUS¹⁸, uma vez que ambos os setores – saúde e educação – devem ser sujeitos ativos no ordenamento do Estado, equalizando assim a formação profissional na área da saúde¹⁹.

Ter como cenário prioritário de formação práticas voltadas aos ambientes de alta complexidade pode predispor o aluno a atuar nesse nível

de assistência, subestimando a atuação voltada para a prevenção e promoção da saúde²⁰⁻²⁴ e perpetuando práticas centradas unicamente na doença. Diante desse paradoxo, é relevante verificar a tendência de atuação do fisioterapeuta em um determinado nível assistencial dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A RAS se traduz em um processo de organização não fragmentado dos serviços e ações em saúde do SUS, com vistas à integralidade do cuidado e levando em consideração as diferentes densidades tecnológicas em cada nível assistencial²⁵. Dessa forma, a atenção primária à saúde (APS), com seu termo equivalente atenção básica (AB)²⁶, possui baixa densidade tecnológica, sendo a “porta de entrada” e centro de comunicação da RAS, a partir das demandas operacionalizadas de acordo com cada necessidade, com a atenção secundária – com média densidade tecnológica – ou a atenção terciária, caracterizada por alta densidade tecnológica^{25,26}.

Assim, a AB tem papel fundamental na RAS, visto que ordena e coordena todo o processo de cuidado elencado por uma equipe multiprofissional, de forma a garantir o bom funcionamento do sistema. Além disso, seu fortalecimento significa resultados mais assertivos quanto a promoção, proteção e manutenção da saúde, seja do indivíduo ou da coletividade²⁵.

Portanto, tendo em mente a importância da AB, contemplada por uma equipe multiprofissional²⁷, e sabendo que o Brasil é o segundo país com maior concentração de fisioterapeutas²⁸, com o presente estudo pretende-se verificar, dentro de um intervalo de dez anos, em qual nível de assistência à saúde está concentrada a maior parte dos fisioterapeutas do Brasil, bem como sua representatividade na AB.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, que teve como fonte as informações secundárias obtidas por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). O CNES é o banco de dados oficial, vinculado ao DATASUS, que fornece informações sobre infraestrutura, recursos humanos e funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas governamentais²⁹.

Nesta investigação, verificou-se a quantidade de fisioterapeutas cadastrados no CNES, ou seja, o número de profissionais com vínculo empregatício nas esferas governamentais, bem como

a alocação deles conforme o nível assistencial envolvido. É importante ressaltar que o CNES apresenta uma realidade aproximada do funcionamento dos estabelecimentos de saúde e dos recursos humanos, pois seu banco de dados depende da atualização feita por intermédio das secretarias de saúde. O CNES traz uma lista extensa de estabelecimentos de saúde, incluindo aqueles cujas funções estão relacionadas à parte administrativa ou organizacional, que fogem do escopo deste estudo. Sendo assim, categorizou-se entre os tipos de estabelecimentos de saúde apresentados pelo CNES somente aqueles que tinham relação direta com a prática clínica do fisioterapeuta.

O nível de complexidade foi definido segundo o tipo de estabelecimento de saúde, tendo como direcionamento a definição que o próprio CNES disponibiliza em seu *site* em relação às características de cada estabelecimento²⁹. Dessa forma, a associação entre o tipo de assistência prestada (atenção básica, média ou alta complexidade) foi classificada mediante as características disponibilizadas em cada tipo de estabelecimento.

Tendo em mãos tais características, partiu-se para uma planilha em Excel contendo as especificidades dos estabelecimentos e seus enquadramentos nos respectivos níveis assistenciais contemplados. Essa planilha foi analisada por pares, a fim de haver um consenso final sobre o tipo de estabelecimento e seu equivalente nível de assistência. Os dados foram coletados em julho de 2020 e o período de escolha para comparação dos dados foi junho de 2010 e junho de 2020.

Na Figura 1 é apresentado o esquema do caminho metodológico para a escolha das variáveis a partir dos dados disponibilizados pelo CNES.

Resultados

Partindo do número total de fisioterapeutas cadastrados no CNES em Junho de 2010, observaram-se 42.683 profissionais ao passo que no mesmo período de 2020 esse número passou para 83.854 profissionais cadastrados.

Em relação ao número de fisioterapeutas na atenção básica, houve um crescimento no que se refere ao número de profissionais nesse nível de assistência, considerando os anos de 2010 e 2020, em que totalizaram 5.779 e 11.818 profissionais, respectivamente, um aumento de 114% (Gráfico 1). Contudo, entre os locais de atuação em ambos os anos, a Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentou maiores índices, onde em 2010 representava 85,05% da atuação de profissionais, porém

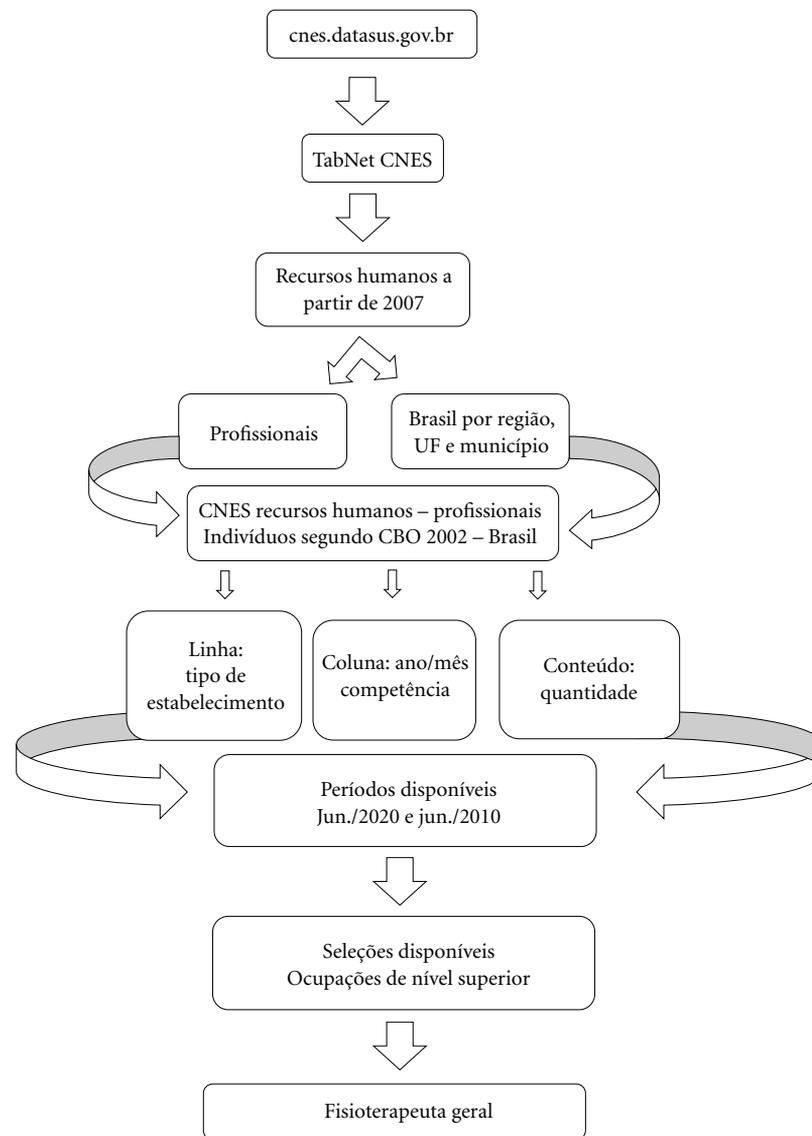


Figura 1. Esquema do caminho metodológico para a escolha das variáveis a partir dos dados disponibilizados pelo CNES.

Fonte: Autoras.

em 2020 houve um decréscimo percentual do número de profissionais para 79,75%. Já a menor representatividade de atuação em 2010 ocorreu na Academia de Saúde (0%), ao passo que em 2020, o local de menor atuação foi a Unidade de Saúde Indígena (0,04%), similar a 2010.

Já na média complexidade, comparando os locais de atuação em ambos os anos, a Clínica Especializada apresentou maiores índices, sendo que em 2010 representava 58,98% da atuação de profissionais e em 2020 representou 60,97%. A

menor representatividade de atuação em 2010 ocorreu na Oficina Ortopédica (0%), Unidade de Atenção em Regime Residencial (0%), Unidade Móvel Fluvial (0%) e Pronto Atendimento (0%), e assim como em 2020, os locais de menor atuação foram a Unidade de Atenção em Regime Residencial (0%) e a Unidade Móvel Fluvial (0%), conforme a Tabela 1.

A alta complexidade, nos anos de 2010 e 2020, também apresentou crescimento na quantidade de fisioterapeutas, totalizando 13.089 e 32.518

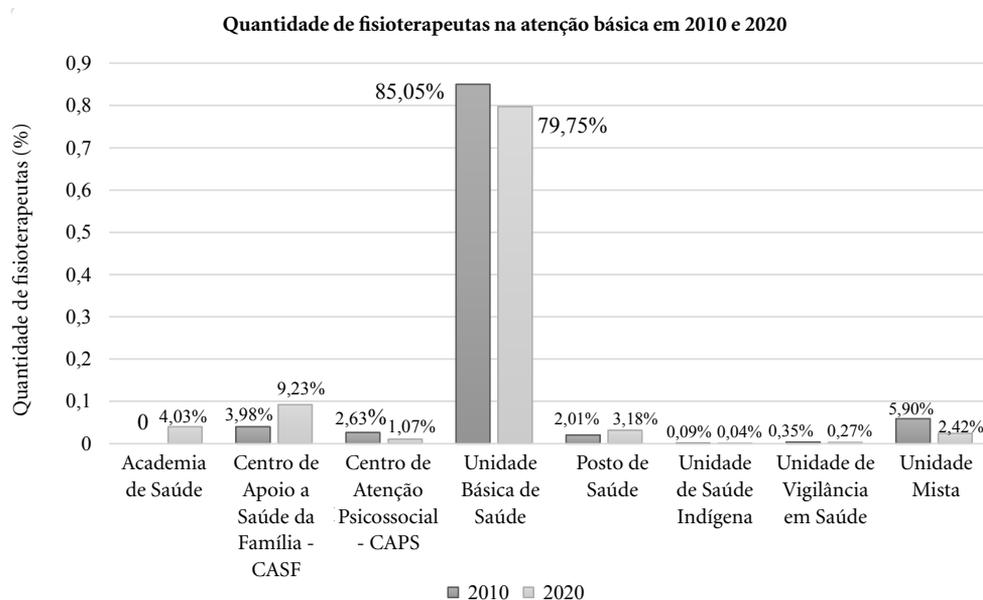


Gráfico 1. Percentual referente a quantidade de fisioterapeutas na atenção básica nos anos de 2010 e 2020.

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2020.

Tabela 1. Percentual de fisioterapeutas na média complexidade em 2010 e 2020.

Local de atuação	Total de fisioterapeutas em 2010	(%)	Total de fisioterapeutas em 2020	(%)
Clínica especializada	13859	58,98%	23591	60,97%
Policlínica	2685	11,43%	4566	11,80%
Consultório	3749	15,95%	6310	16,31%
Oficina ortopédica	0	0,00%	13	0,03%
Hospital dia	92	0,39%	164	0,42%
Unidade de atenção em regime residencial	0	0,00%	1	0,00%
Unidade de apoio a diagnose e terapia	3074	13,08%	3642	9,41%
Unidade móvel fluvial	0	0,00%	1	0,00%
Pronto atendimento	0	0,00%	356	0,92%
Unidade móvel pré-hospitalar de urgência e emergência	13	0,06%	6	0,02%
Unidade móvel terrestre de urgência e emergência	16	0,07%	9	0,02%
Centro de atenção hemoterápica/hematológica	11	0,05%	35	0,09%
Total	23499	100,00%	38694	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2020.

profissionais respectivamente, proporcionando um incremento de 148% em 2020. Entre os locais de atuação em ambos os anos, o hospital geral apresentou maiores índices, sendo que em 2010 representava 81,06% da atuação de profissionais, já em 2020 representou 85,14%. Ainda, a menor

representatividade de atuação em 2010 se deu no Serviço de Atenção Domiciliar (0%) e no Centro de Parto Normal (0,01%), bem como em 2020, em que o local de menor atuação foi o Centro de Parto Normal (0,01%), similar a 2010, conforme o Gráfico 2.

Quando se compara o número de fisioterapeutas entre atenção básica, média e alta complexidade nos anos 2010 e 2020, o total de profissionais se sobressai na média complexidade (Gráfico 3). Dessa forma, analisando os dados de 2010, a média complexidade foi 306% superior em relação à atenção básica e 79% em relação à alta

complexidade. Em 2020, foi 227% superior em relação à atenção básica e 18% em relação a alta complexidade. Quanto ao número total de profissionais, a média complexidade proporcionou um aumento de 64% em relação ao ano de 2010 para 2020, totalizando 23.499 e 38.694 fisioterapeutas, respectivamente.

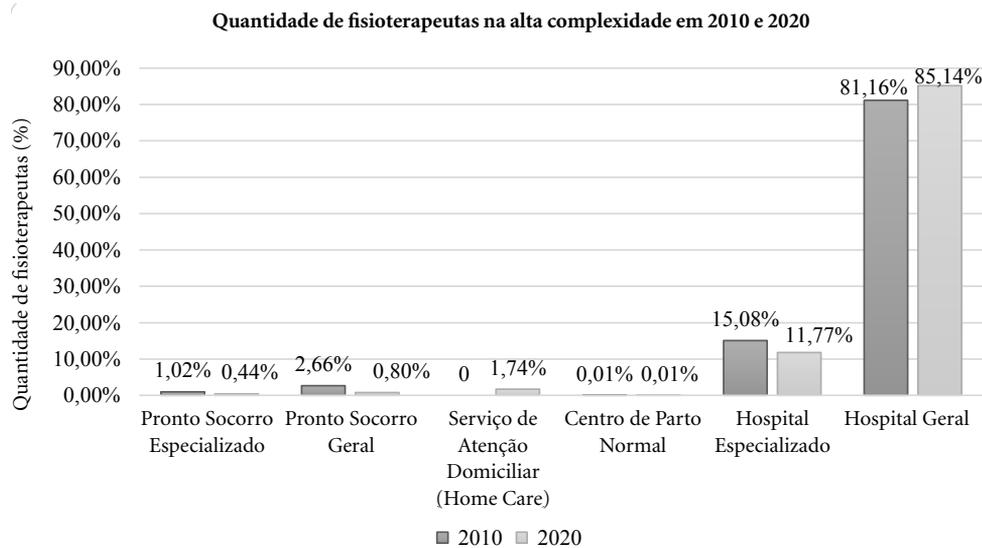


Gráfico 2. Percentual de fisioterapeutas nos ambientes de alta complexidade nos anos de 2010 e 2020.

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2020.

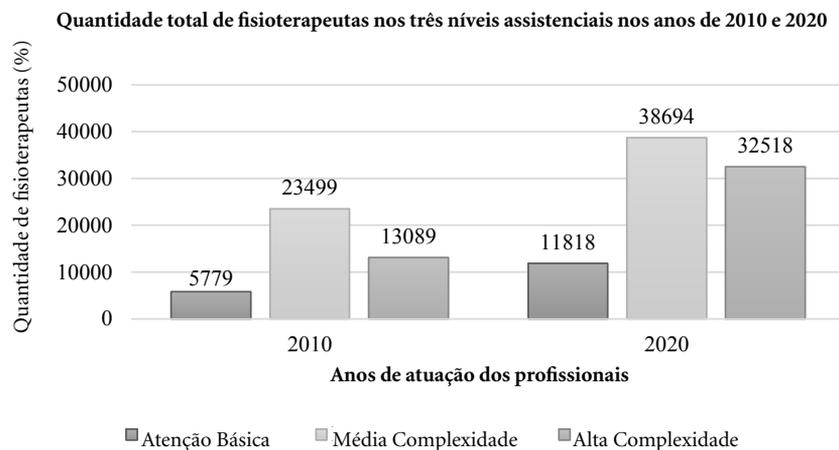


Gráfico 3. Quantidade total de fisioterapeutas na atenção básica, média e alta complexidade nos anos 2010 e 2020.

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2020.

Os achados referentes ao número de fisioterapeutas na alta complexidade, em detrimento da AB, nos anos de 2010 e 2020 demonstram o aumento na quantidade de fisioterapeutas ocupando postos de trabalho na alta complexidade em ambos os anos (Gráfico 3). Ao analisarmos o ano de 2010, eram 5.779 profissionais na atenção básica, enquanto na alta complexidade eram 13.089 profissionais, uma diferença de 126%. Realidade que persiste em 2020, em que a atenção básica totalizou 11.818 fisioterapeutas em atuação, contra 32.518 profissionais na alta complexidade, uma diferença de 175%.

Discussão

Neste estudo, foram utilizados os dados do CNES para levantar a quantidade de fisioterapeutas no país e a alocação deles nos postos de trabalho: atenção básica, média e alta complexidade.

O aumento do número de fisioterapeutas no CNES, passando de 42.683 para 83.854 profissionais em um período de dez anos, pode ser justificado por fatores como a expansão do ensino médio em 2002 e a democratização do acesso ao ensino superior, com iniciativas como o Programa Universidade para todos (PROUNI) e a política de cotas, que possibilitou maior acesso da população às IES, além da maior oferta de vagas nas IES particulares e dos mecanismos de financiamento do ensino superior^{28,30}. Nesse contexto, justifica-se o aumento do número total de fisioterapeutas no país, tendo em vista que em 2010 existiam 101.429 profissionais, número que em 2020 chegou a 287.701, segundo dados do COFITTO³¹. Soma-se a isso o reconhecimento da importância da fisioterapia pela sociedade³², sendo uma profissão em ascensão na área da saúde^{32,33}, o que trouxe, conseqüentemente, maior visibilidade ao profissional e possibilitou maior inserção nas políticas públicas, como no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo escopo inclui o fisioterapeuta na atuação na atenção básica^{27,34}.

Assim, em relação à alocação desse contingente profissional na AB, percebe-se que a concentração na AB se deu essencialmente nas Unidades Básicas de Saúde, conforme demonstrado nos resultados. Além disso, a implantação do programa Academia da Saúde, com foco na educação em saúde e produção do cuidado, lançado em 2011^{35,36}, representou mais um campo de atuação para o fisioterapeuta e também corroborou, mesmo que de forma incipiente, para sua

atuação nesse nível assistencial. Indubitavelmente, o incremento de 114% no número de fisioterapeutas na AB de 2010 para 2020 indica o início da inserção desse profissional em tal nível de assistência, como também demonstra o estudo de Formiga e Ribeiro (2012)³⁴. Tais achados denotam uma convergência para o princípio da integralidade do cuidado, que afronta diretamente a intervenção curativista³⁷, vislumbrando o início do rompimento do caráter puramente reabilitador arraigado à atuação do fisioterapeuta¹⁴.

Nesse sentido, é importante destacar a influência do NASF em todo esse processo. Sendo inicialmente apresentado em suas modalidades 1 e 2, contemplando parte dos municípios brasileiros³⁸, parâmetros foram redefinidos e então criou-se a modalidade 3, a fim de aumentar a cobertura dessas equipes para todos os municípios do Brasil^{39,40}.

A primeira versão do NASF carecia de detalhamentos sobre os processos de trabalho da equipe multidisciplinar, dificultando o planejamento das ações, pois faltava clareza em seus objetivos^{41,42}. Entretanto, tendo em vista as lacunas existentes nos processos de trabalho das equipes, reformulações culminaram na versão publicada em 2014⁴³, e mais recentemente em 2017²⁶, trazendo maior clareza aos papéis dos atores envolvidos e proporcionando um melhor delineamento no desenvolvimento interdisciplinar do trabalho⁴², o que impactará o fortalecimento do fisioterapeuta dentro da equipe nos próximos anos.

Entretanto, percebe-se que essa é uma realidade ainda em construção^{14,34}, e que pode ser constatada também neste estudo. Ao comparar a inserção do fisioterapeuta na AB, na média e na alta complexidade, observa-se que ainda é discreta a atuação desse profissional na porta de entrada do sistema. Tal fato é evidenciado quando nos deparamos, no ano de 2010, com 306% e 70% a mais de profissionais atuando, respectivamente, na média e alta complexidade, em detrimento da AB. Cenário que não se modificou ao longo do tempo, tendo em vista que em 2020 a maioria dos postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas continuou concentrado nos mesmos locais.

Nesse contexto, mesmo que a representatividade da atuação do fisioterapeuta na AB tenha aumentado nos últimos dez anos, é evidente, pelos resultados expostos, que historicamente o maior contingenciamento de fisioterapeutas nos estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES esteve relacionado à sua atuação na média e alta complexidade. Este fato pode ser justificado pela

gênese da fisioterapia estar associada à doença e às suas sequelas¹⁴, bem como ao hiato que parece existir na formação do fisioterapeuta em relação à AB^{34,44,45}.

Vale ressaltar que houve um decréscimo percentual do número de fisioterapeutas nas UBS quando se comparam os anos. Logo, na média e na alta complexidade ocorreu o inverso, ou seja, houve um acréscimo de profissionais nos postos de trabalho relacionados às clínicas especializadas e ao hospital geral, cujas atuações remetem às especializações precoces e práticas focadas na doença.

Os achados, portanto, demonstram a incipiente atuação da fisioterapia na AB e reforça o caráter reabilitador vinculado à profissão, distanciando-a do princípio da integralidade do cuidado³⁷, como também foi demonstrado por outros estudos^{20,34,40,45}. Essa realidade pode ser explicada por diversos fatores, a começar pelo contexto histórico da criação da profissão, influenciada pelos moldes flexnerianos, fundamentados na visão biologicista^{2,5,32}. Com o passar dos anos, a fisioterapia se estabeleceu em definitivo e a atuação do profissional teve como cenário de suas práticas o setor privado, havendo uma elitização no atendimento em clínicas e hospitais³² que não contemplam a AB e reforçam a atuação dentro de uma abordagem de especialização/fragmentação do saber. Assim, torna-se necessário levantar reflexões ainda pouco discutidas na literatura sobre quanto desalinhada está a atuação do fisioterapeuta em um sistema que deve ser integralizado, e não fragmentado⁴⁶, conforme a própria organização da RAS²⁶.

Corroborando nossos achados, cita-se ainda alguns estudos que apontaram para uma abordagem rasa dos projetos pedagógicos dos cursos (PPC) em relação à atuação do fisioterapeuta na AB, demonstrando uma formação desarticulada em relação à promoção da saúde^{23,24}. Realidade que leva o aluno a não valorizar esse nível de atenção e a, por consequência, não o incorporar em sua prática profissional²³, reproduzindo o que foi absorvido na academia, fato que endossa a ideia de que a formação recebida influencia a prática do profissional¹⁷.

Parece haver, ainda, uma dissociação entre o que preconizam as DCNF em relação a um currículo não dicotômico e o que de fato é aplicado na jornada discente. Isso é reforçado quando nos deparamos com estudos que apontam para um ensino, muitas vezes descontextualizado das necessidades sociais, das diretrizes do SUS e do novo pensar em saúde. Percebe-se que a atua-

ção do fisioterapeuta na AB apresenta inúmeros desafios, a começar pela aparente lacuna na formação^{24,32,47,48}, em que os discentes carecem de estratégias práticas sobre o alcance de sua intervenção na AB, ou seja, antes é necessário readequar a abordagem pedagógica do docente⁴⁹, a fim de que o discente seja então estimulado e motivado a atuar na AB. O que é verdadeiro também em relação ao entendimento dos outros profissionais da equipe multidisciplinar acerca do papel do fisioterapeuta dentro da própria equipe^{23,34,50}.

Outro ponto de destaque que não pode ser ignorado quanto à práxis do fisioterapeuta na AB é da dificuldade inerente do próprio usuário em buscar atendimento, seja por limitação física ou financeira ou ainda por filas de espera devido a um número insuficiente de vagas. Tal realidade gera uma demanda reprimida pelo serviço de fisioterapia, de modo que os agravos vão se tornando crônicos e necessitando de uma abordagem especializada, seja em nível ambulatorial ou hospitalar^{14,40,46}, o que desloca a atuação do fisioterapeuta para tais áreas.

Além disso, há de se levar em consideração o número de vagas de trabalho oferecidas ao fisioterapeuta na AB. Segundo o COFFITO, dados do Ministério da Saúde de 2019 apontam que apenas 7.324 fisioterapeutas estariam vinculados ao NASF 1, 2 e 3⁵¹, o que leva a inferir sobre o desequilíbrio entre baixa oferta de mão de obra em relação à demanda e a discrepância entre as oportunidades de trabalho oferecidas na AB quando comparamos com oportunidades de trabalho disponíveis em outros campos de atuação, em especial no setor privado.

No entanto, não bastam políticas públicas que contemplem a fisioterapia na atenção básica. Os próprios profissionais precisam se reconhecer como parte fundamental nesse processo de cuidado, a fim de que sua atuação não se restrinja a quando a doença já estiver instalada³² – preceito que deveria ser repassado ao aluno durante toda a jornada formativa. Além disso, esse cenário de práticas encarceradas em fatores puramente biológicos dificulta a visão ampliada de saúde e não contempla outras dimensões, como fatores ambientais, sociais e pessoais^{12,52,53}. Dessa forma, a funcionalidade hoje apontada por alguns autores como o terceiro indicador de saúde¹² não é considerada.

Urge a necessidade de que o fisioterapeuta exercite de maneira contínua seu olhar ampliado de saúde, no sentido de proporcionar ações que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde tanto do indivíduo como da coletivi-

dade⁵⁴. Atuar na AB implica necessariamente ter um enfoque voltado para a funcionalidade, com a CIF se apresentando como um poderoso instrumento para tal. Dessa forma, é indeclinável que o profissional esteja preparado para o desafio de aliar a técnica acadêmica a uma abordagem biopsicossocial, qualitativa e criativa⁵⁵ que nem sempre parece estar contemplada nos currículos dos cursos de fisioterapia, o que pode refletir na atuação profissional.

É imperativo destacar as contribuições da CIF ao longo de cerca de seus 20 anos de implantação. Trata-se de uma ferramenta capaz de despertar a importância de um olhar ampliado a respeito da saúde. Além do mais, em relação ao escopo da minuta das novas DCNF propostas ao Conselho Nacional de Educação (CNE), a relevância dessa classificação é evidenciada quando se ressalta a importância dos fatores ambientais e sociais atrelados aos conhecimentos inerentes à saúde coletiva⁵⁶, o que no futuro certamente contribuirá para uma maior valorização e inserção do fisioterapeuta na AB.

Ainda pensando de modo holístico, ressalta-se a resolução COFFITO 380, de 3 de novembro de 2010, que insere o fisioterapeuta nas práticas integrativas e complementares em saúde (PICs)⁵⁷, colocando-o como um ator importante não só na restauração, mas na prevenção, promoção e educação em saúde, o que converge diretamente para a integralidade do cuidado. Entretanto, o conhecimento dos profissionais a respeito de sua atuação junto às PICs é insuficiente, o que dificulta a aderência e contribui para a disseminação de preconceito por falta de informação⁵⁸. Nesse sentido, a implementação das PICs como componente curricular nos cursos de fisioterapia possibilitará uma formação profissional com foco em um cuidado mais humanizado, acolhedor e integral⁵⁹.

Percebe-se que a apartação do fisioterapeuta da atenção básica ultrapassa questões históricas, educacionais, sociológicas e culturais que interferem diretamente na práxis da promoção e prevenção que esse profissional tem habilidades e competências suficientes para assumir⁶⁰, de

forma que definitivamente estabeleça seu papel social. Isso posto, sendo o fisioterapeuta um profissional que deve ter uma formação generalista, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, assim como preconizam as DCNF, sua atuação não deve ficar engessada apenas na reabilitação em si, mas antes deve ser ativa na integralidade, de maneira a se sentir pertencente e efetivamente inserido no processo do cuidado dentro do universo da atenção básica.

Por fim, do mesmo modo como as DCNF trouxeram um importante reordenamento curricular para os cursos de fisioterapia, acredita-se que os resultados aqui expostos também possam contribuir para reflexões em prol de um novo pensar que deve partir da academia, no sentido de corroborar não só a valorização do fisioterapeuta nos ambientes da AB, mas sobretudo o redimensionamento de seu papel enquanto agente social.

Conclusão

Ao longo dos últimos dez anos, o cenário de atuação dos fisioterapeutas na AB apresentou melhores perspectivas, entretanto ainda é discrepante em relação à atuação desses profissionais na média e alta complexidade.

A reestruturação do NASF será um dos fatores que impactará positivamente nos próximos anos na consolidação do profissional fisioterapeuta na AB, porém é preciso haver um reordenamento da formação do discente, com um currículo delineado pelas DCNF e permeado pela CIF, de modo que o aluno exercite seu olhar biopsicossocial e seja estimulado a atuar na AB, sentindo-se pertencente à equipe e agente ativo da prevenção e promoção da saúde, e não apenas vinculado a práticas reabilitadoras.

Entendemos ser seguramente necessária a temática aqui exposta, espera-se que o presente estudo tenha contribuído para suscitar questões importantes quanto aos fatores que parecem distanciar a fisioterapia da atenção básica, bem como aqueles com grande potencial para aproximá-la.

Colaboradores

JAE Fernandes: pesquisa bibliográfica, viabilidade metodológica, coleta de dados, interpretação dos resultados, redação e envio do artigo, bem como suas adequações segundo as solicitações dos revisores. VRFS Marães: orientou todas as etapas do artigo, criou a análise metodológica e realizou todas as revisões gerais do artigo. BS Sousa: colaborou com a coleta de dados e pré-análise dos mesmos. MMF Gomes: realizou a análise estatística dos resultados encontrados, bem como participou da revisão final do artigo.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – código de financiamento 001.

Referências

1. Ceccim RB. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *REU* 2007; 33(1):29-48.
2. Pagliosa FL, Daros MA. O Relatório de Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med* 2008; 4(32):492-499.
3. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. Brasília: *Diário Oficial da União* 2002; 20 fev.
4. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saude Publ* 2010; 44(3):383-393.
5. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e Fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):941-945.
6. Reis J. Concepções médicas: da antiguidade ao modelo biomédico actual. In: Reis JC. *O sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega; 1999. p. 15-52.
7. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Cien Saude Colet* 2011; 12(6):1673-1681.
8. Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCN. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental* 2011; 9(17):523-536.
9. Organização Mundial de Saúde (OMS). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2015.
10. Araújo ES, Buchalla CM. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(3):720-724.
11. Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica* 2003; 10(1):29-31.
12. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med* 2017; 53(1):134-138.
13. Andrade PM. Avaliação do estágio da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da organização mundial de saúde. *Avaliação* 2010; 15(2):121-130.
14. Ribeiro KSQS. Atuação da fisioterapia na atenção primária a saúde – reflexões a partir de uma experiência universitária. *Fisioterapia Brasil* 2002; 3(5):311-318.
15. Bertocello D, Pivetta HMF. Diretrizes curriculares nacionais para a graduação em fisioterapia: reflexões necessárias. *Cad Edu Saude Fis* 2015; 2(4):71-84.
16. Andrade TL, Queiroz E, Martins EF. Desafios da formação profissional para a assistência a pacientes em internação domiciliar e seus cuidadores. In: Abbad GS, Parreira CMSF, Pinho DLM, Queiroz E, organizadoras. *Ensino na saúde no Brasil: desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho*. Brasília: Juruá; 2016. p. 227-264.

17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1400-1410.
18. Gonçalves J, Medeiros ATN, Santos CSF, Menêzes TB, Oliveira ZSB, Noro LRA. Epidemiologia em saúde coletiva: reflexões sobre uma experiência pedagógica integrando pós-graduação e serviço de saúde. *Rev ABENO* 2017; 17(3):67-75.
19. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 2004; 4(1):41-65.
20. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Rev Bras Educ Med* 2010; 34(2):207-215.
21. Medeiros PA, Foletto PHM, Mayer MS. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. *Trab Educ Saude* 2012; 10(3):407-426.
22. Maia FES, Moura ELR, Medeiros EC, Carvalho PRR, Silva SAL, Santos GR. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. *Rev Fac Ciênc Med* 2015; 17(13):110-115.
23. Silva DJ, Daros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios da formação. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1673-1681.
24. Borges KP. competências para formação do fisioterapeuta no âmbito das diretrizes curriculares e promoção da saúde. *Rev Saúde e Pesq* 2018; 11(2):347-358.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 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. *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.436, 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. *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
28. Sampaio RF, Wan Der Mass L, Marães VRF, Neves JA, Vaz DV, Nóbrega RAA, Ocarino JM. Physical therapist education and the labor market in Brazil: advances and challenges. *Phys Ther* 2019; 99(8):977-988.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES]. [acessado 2021 Jan 3]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
30. Neves CEB, Raizer L, Fachinetto RF. Acesso, expansão e equidade na educação superior: novos desafios para a política educacional brasileira. *Sociologias* 2007; 9(17):124-157.
31. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. *Perguntas mais frequentes: quantitativo de profissionais*. [acessado 2021 Jul 8]. Disponível em: www.coffito.gov.br
32. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e modelos de formação. *Hist Ciênc Saude – Manguinhos* 2009; 16(3):655-668.
33. Brasil. Ministério da Educação (MS). *A trajetória dos cursos de graduação na área de saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.
34. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Rev Bras Ciênc Saúde* 2012; 16(2):113-122.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Programa *Academia da Saúde*. [acessado 2022 Abr 15]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/academia>
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2013; 8 nov.
37. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16):39-52.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2008; 4 mar.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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 de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 3 jan.
40. Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisioter Pesqui* 2018; 25(1):9-19.
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Série B. Textos Básicos de Saúde. In: *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2009.
42. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1565-1572.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. In: *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2014.
44. Avelino MML, Fagundes MLLC, Honório BRA, Fagundes SRA, Moura Filho GJ, Patrícia VPS. Aprendizado além da clínica: impacto da prática na Atenção Primária à Saúde na formação em fisioterapia, um relato de experiência. In: Ruh AC, organizadora. *Saberes e competências em fisioterapia*. Ponta Grossa: Atena; 2018. p. 54-61.

45. Almeida SM, Marães VRFS, Escalda PMF. Integralidade na formação do fisioterapeuta no Distrito Federal: uma leitura dos projetos pedagógicos de curso. In: Abbad GS, Parreira CMSE, Pinho DLM, Queiroz E, organizadoras. *Ensino na saúde no Brasil: desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho*. Brasília: Juruá; 2016; p. 99-112
46. Rodrigues RM. A fisioterapia no contexto da política em saúde no Brasil: Aproximações e desafios. *Perspectivas online* 2008; 2(8):104-109.
47. Meyer PF, Costa ICC, Gico VV. Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. *Hist Cienc Saude – Manguinhos* 2006; 13(4):877-890.
48. Fernandes JAE, Gomes MME, Sousa BS, Fracon JF, Pinho DLM, Marães VRFS. The ICF in the pedagogical projects of physiotherapy courses in Midwest Brazil. *Fisioter Mov* 2020; 33:e003344.
49. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO). *Oficinas de implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de fisioterapia: Projeto de Cooperação Técnica OPAS/DEGES/MS – ABENFISIO*. Relatório técnico. Brasília; 2007.
50. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, Brentani A, Rios IC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(11):2076-2084.
51. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Serviço de fisioterapia e terapia ocupacional são essenciais à população. Coffito defende a existência do NASF [internet]. [acessado 2020 Jul 6]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15683>
52. Scharan KO, Silva TG, Bernardelli RS, Correa KP, Martins FC, Moser AD, Teigão FC. Capacitação de discentes de fisioterapia para aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios da prática clínica. In: Ruh AC, organizadora. *Saberes e competências em fisioterapia*. Ponta Grossa: Atena; 2018; p. 113-124.
53. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. O desenvolvimento da “Pesquisa em Funcionalidade Humana e Reabilitação” a partir de uma perspectiva abrangente. *Acta Fisiátrica* 2008; 15(1):63-69.
54. Almeida ALJ, Guimaraes RB. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. *Fisioter Pesqui* 2009; 16(1):82-88.
55. Scharan KO. *A contribuição da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na abordagem clínica fisioterapêutica* [tese]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2020.
56. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO). Minuta das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação, bacharelado, em fisioterapia [internet]. [acessado 2021 Jul 4]. Disponível em: https://abenfisio.com.br/docs/MINUTA%20DCN%20FISIOTERAPIA_Encaminhada%20ao%20CNE.pdf
57. Brasil. Resolução 380, de 3 de novembro de 2010. Regulamenta as práticas integrativas e complementares pelo fisioterapeuta. *Diário Oficial da União* 2010; 4 nov.
58. Patrício KP, Minato AC, Lopes M A, Brolio A F, de Barros G R, Moraes V. da Silva, Barbosa GC. O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2021; 27(2):677-686.
59. Vieira RS, Melo AFDM, Maciel AL, Oliveira ARN, Silva DFS, Dantas FS, Moura JLP, Kiss K, Nascimento TFS. As práticas integrativas e complementares em saúde no contexto da formação em fisioterapia: um relato sobre o processo de sensibilização na graduação. In: Ruh AC, organizadora. *Saberes e competências em fisioterapia: desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho*. Ponta Grossa: Atena; 2018; p. 62-69.
60. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1627-1636.

Artigo apresentado em 16/03/2021

Aprovado em 18/10/2021

Versão final apresentada em 20/10/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva