

Rodrigues de Faria, Lina; Aloísio Alves, Camila
O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo
Brasil/Canadá
Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 1, enero-marzo, 2015, pp. 72-85
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263640015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/ Canadá

On caring: preliminaries of a comparative study of primary health care in Brazil/Canada

Lina Rodrigues de Faria

Universidade Federal de Juiz de Fora. Governador Valadares,
MG, Brasil.

E-mail: lina.faria@ufjf.edu.br

Camila Aloísio Alves

Faculdade de Medicina de Petrópolis. Petrópolis, RJ, Brasil.
E-mail: camila.aloisoalves@gmail.com

Resumo

O texto aborda os processos de constituição e institucionalização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no Canadá; os pontos de interseção e de distanciamento entre os dois países; e a inserção profissional dos fisioterapeutas brasileiros e canadenses nas equipes multidisciplinares. A primeira parte deste estudo focaliza a atenção primária no Brasil, os caminhos e estratégias de reorientação do modelo assistencial e o papel que coube nesse modelo, de modo crescente, ao fisioterapeuta. Após situar o contexto nacional, o tópico seguinte trata da atenção primária à saúde no Canadá e da atuação deste profissional nas equipes primárias de saúde. No exercício absolutamente preliminar de contrastar as duas experiências nacionais, a brasileira e a canadense, foi utilizada a literatura nacional e estrangeira sobre a temática central, além de documentos e *discussion papers*. O texto procurou chamar a atenção para a necessidade e importância da participação de fisioterapeutas nas equipes multiprofissionais e as diferenças na atuação deste profissional tanto no Brasil quanto no Canadá. Desnecessário acrescentar que os autores intentaram não uma “análise” comparativa, mas, sim, uma breve exposição sobre contrastes e semelhanças nos rumos da atenção primária, ao longo da história mais recente desses dois países.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Brasil; Canadá.

Correspondência

Lina Rodrigues de Faria

Condomínio Village, Casa 19, Itaipava.

CEP 25745-070. Petrópolis, RJ, Brasil.

Abstract

This text has three basic objectives: First it focuses on the processes of policy-making and institution-building in Primary Health Care in Brazil and Canada. The second objective is a preliminary appraisal of the basic, common, and differentiating points between the two countries with regard to such processes; finally, the third objective seeks to briefly discuss the role of Brazilian and Canadian physical therapists in health care teams, comprised by allied health professionals. The first part of this study highlights PHC in Brazil, with a particular interest in the ways and means adopted by recent health assistance models that emphasized, or believed in, the role of the physical therapist. The next section deals with PHC in Canada, in a summarized way. The recent Brazilian and Canadian literature on this central topic was important for this text; in addition official documents and discussion papers were used. In conclusion, the authors claim that PHC in both countries, including many other regions of the developed and developing world, require the integration of services into a systemic (though not asphyxiating) matrix. The authors also stress the need for health promotion nationwide, and, in particular, a special attention to the role of physical therapists in the operation of health care teams in family health and PHC.

Keywords: Primary Health Care; Health Promotion; Brazil; Canada.

Apresentação

O texto aborda os processos de constituição e institucionalização da atenção primária à saúde (APS) no Brasil e no Canadá; os pontos de interseção e de distanciamento entre os dois países; e a atuação profissional dos fisioterapeutas brasileiros e canadenses nas equipes multidisciplinares.

A atenção primária constitui o foco do presente trabalho, enquanto sua natureza expositiva permitirá apontar algumas pistas, ou indicações básicas, para uma análise comparativa. Por outro lado, ao focalizarmos a atenção primária, daremos ênfase especial aos limites e conquistas do trabalho em equipe e à construção de laços e parcerias entre os profissionais de saúde que participam das equipes multidisciplinares.

A atenção primária é entendida como o primeiro contato do indivíduo na rede assistencial e surge da necessidade de expandir o acesso aos serviços de saúde a grandes parcelas de populações excluídas da assistência. A operacionalização deste modelo implica em reorganizar o sistema a partir da ideia de “horizontalidade” da atenção à saúde, que pode permitir, por meio da integração com os outros níveis de cuidado, uma assistência continuada à população. (Starfield, 2002; Brasil, 2006; WHO, 2008; Mendes, 2011).

No entanto, garantir assistência continuada à população exige que os sistemas de saúde enfrentem os desafios de um mundo em transformação - mudanças sociais, educacionais, econômicas, epidemiológicas e sanitárias (WHO, 2008).

Um dos maiores desafios é o fenômeno do envelhecimento demográfico, que desencadeou mudanças no perfil epidemiológico, com o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas e incapacidades funcionais, além de maior demanda por serviços de saúde e consumo de medicamentos. O aumento da expectativa de vida e, consequentemente, das doenças crônicas, vem gerando novas demandas aos serviços de saúde, em especial na atenção básica de caráter interdisciplinar.

Os modelos de serviço na atenção primária aparecem, cada vez mais, como estratégias efetivas para melhorar o acesso de pessoas que necessitam de cuidados e, ao mesmo tempo, estimular o trabalho em equipe e a continuidade dos serviços. É importante

ressaltar que a atuação nos cuidados primários em saúde demanda uma nova abordagem por parte dos profissionais, agora na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde. Além da prestação de cuidados, faz-se necessária uma relação profissional/paciente mediada pela solidariedade, pelo apoio social e, especialmente, pela parceria entre os membros das equipes multidisciplinares.

O trabalho na área da saúde é um trabalho coletivo que precisa ser realizado por diversos profissionais de saúde que desempenham ações específicas. Diante deste contexto, torna-se relevante a busca de estratégias que possibilitem a verdadeira interação e parceria no trabalho em equipe que venha ao encontro das reais necessidades sociais.

Cenários e contrastes

O cenário canadense é esclarecedor. O olhar comparativo remete-nos a pontos-chave da temática. O Canadá tem investido no fortalecimento da atenção primária, com enfoque comunitário, ao mesmo tempo em que o processo de desospitalização e a diminuição do tempo de internação são estimulados. Buscam-se estratégias efetivas para garantir o acesso ao cuidado, a melhora, a eficiência e a continuidade dos serviços.

Em países com sistema de saúde universalistas e inclusivos, como o Canadá, o tema dos cuidados primários em saúde está na pauta política. Naquele país as discussões sobre o tema vêm de longe: remontam aos anos de 1960 e se cristalizaram no chamado Relatório Lalonde, publicado em 1974, bem como, mais tarde, na Carta de Ottawa de 1986, referência nacional e internacional de ação programática para a Promoção em Saúde.

Já no Brasil, a origem destes debates está nas novas perspectivas lançadas sobre a saúde ainda no final do regime militar, quando os primeiros sinais da abertura política permitiram o surgimento de um movimento por uma “nova reforma sanitária”. Segundo uma interpretação recente (Dowbor, 2009), nas frestas do regime e sem acenar com mudanças profundas no setor, um novo ator coletivo e reformista emergia, “a despeito dos interesses contrários do setor privado da medicina” (Dowbor, 2009, p. 186). Esse movimento incipiente, desde os primeiros anos da década de 80, apontava para a necessidade das

políticas de saúde se orientarem para a universalização e descentralização dos serviços.

A Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que marcou época como a “8ª CNS”, norteou a criação do SUDS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, naquele ano, pelo Ministério da Saúde; e antecipou o SUS em 1998, o Sistema Único de Saúde que a nova Carta Constitucional consagrhou e que refletia reivindicações de segmentos importantes da sociedade civil. Sanitaristas, intelectuais, professores e profissionais de saúde antecipavam, para o sistema único de saúde, uma saúde mais humanizada e inclidente. Dowbor (2009) assinala a inserção crescente dos municípios nos debates e documentos legais sobre os níveis de atenção - básico, médio e complexo. A preparação da 9ª Conferência de 1992 teve a participação chave dos secretários municipais de saúde. “A municipalização é o caminho” era sua palavra de ordem. A partir de então, “sua capacidade de incidência na política setorial pôde ser observada por meio das normas emitidas pelo MS [Ministério da Saúde]” que operacionalizavam, desde 1990, a atuação do SUS (Dowbor, 2009, p. 205).

Contudo, enquanto internacionalmente se discutiam conceitos e novas abordagens em promoção da saúde, na prestação de cuidados primários e na composição das equipes multiprofissionais, no Brasil a preocupação maior voltava-se ainda para a organização e estruturação de um sistema universal de saúde que superasse a precariedade e a ausência de abrangência nacional, de modo a corresponder às necessidades das comunidades desassistidas. As estruturas burocráticas, no nível centralizado do campo da saúde, teriam de ceder lugar à expressão concreta das diversidades regionais por meio da descentralização e da municipalização. Impunha-se, por outro lado, a necessidade de superação de interesses clientelísticos, do nepotismo e da dispersão de recursos, que poderiam acompanhar os processos de municipalização.

Parcerias e metáforas

Um desafio enfrentado até nossos dias, e que se apresentou ainda nos anos iniciais de operação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para os municípios credenciados junto ao SUS, foi a atuação articulada dos profissionais em saúde, de modo a

superar padrões antigos e bastante cristalizados de dominação no interior do “mundo das profissões” (Santos; Faria, 2010). A necessidade de promover o emprego “de métodos que estimulassem a atuação multiprofissional” (Peduzzi, 2008) firmou-se no campo dos recursos humanos em saúde. A equipe de saúde como ator coletivo no processo de trabalho deveria prevalecer sobre a atuação individualizada e fortemente hierarquizada, invariavelmente sob o controle e autoridade incontestes dos médicos (Peduzzi, 2009).

A parceria entre os profissionais das equipes primárias ganhou destaque nessa discussão. Note-se, desde logo, que o termo parceria, no Brasil, não é habitual para designar relacionamentos entre profissionais na APS. A literatura internacional dá relevo ao termo, como uma metáfora carregada de sentido. Eva Boxenbaum (2001) aborda o tema sob vários ângulos, de modo bastante inovador. O que desde logo se observa no campo da saúde coletiva é o necessário recurso à metáfora, ou melhor, ao emprego das metáforas no sentido de atribuir-se qualidades ou qualificações que, de fato, são ausentes no campo. O acesso **universal** aos serviços é por certo uma metáfora, uma analogia com um estado de coisas ainda por atingir. Assim, se falamos em equipes integradas, podemos remeter à metáfora da **parceria**. O termo “parceria” é cada vez mais entendido em um sentido multidimensional e dinâmico. Seus significados foram exaustivamente discutidos durante a reforma sanitária canadense. Em Quebec, os debates sobre os modelos de assistência de tipo comunitário, ou sobre financiamento público e privado, expressam uma preocupação com parcerias (Boxenbaum, 2001).

A preocupação com os empregos ou “usos simbólicos da metáfora” está no importante trabalho de Boxenbaum, para quem as analogias entre situações concretas e buscadas, no campo da atenção à saúde, remetem ao tema das parcerias. Diz a autora que as metáforas podem impactar de forma importante a estrutura e as práticas da atenção à saúde e que determinados termos, tais como parceria, tornam-se ideias-força. Como na relação que se busca entre usuários e “provedores” de saúde, a metáfora “impõe uma estrutura de significados em um dado domínio, expressando não apenas discurso, mas

também ação” (Boxenbaum, 2001, p. 17). A parceria, ou o trabalho em equipe, deve ser implantado na prática; os atores envolvidos devem estar cientes do impacto de suas ações, que devem ser conjuntas, para a melhoria da qualidade dos serviços.

Trabalho multiprofissional e trabalho em equipe

As questões relativas à composição das equipes de atenção primária e à integração entre seus membros constituem objetos de discussão e debate, pois são simultaneamente espaços de realizações e de entraves para a atenção primária. Feuerwerker e Sena (1999) distinguem trabalho multiprofissional de trabalho em equipe. Segundo as autoras, “não são sinônimos. São conceitos relacionados”. O trabalho multiprofissional pressupõe a produção de saberes, a troca de conhecimentos e experiências, a prática produtiva, a construção e manutenção de vínculos entre profissionais e usuários. No trabalho em equipe, existe o compartilhamento do planejamento e de tarefas entre os profissionais envolvidos.

A atenção primária vem ganhando força e a capacidade de integração das equipes multidisciplinares, sob os dois ângulos ou dimensões propostos por Feuerweker e Sena, parece oferecer soluções importantes. A produção de parcerias, contudo, exige um intenso esforço por parte dos profissionais de saúde e dos programas de ação. Os sistemas de saúde enfrentam a necessidade de redefinir prioridades e os profissionais de saúde, de se questionarem sobre o alcance de sua ação. A realização de parcerias entre os membros das equipes é vital, especialmente, para se enquadrarem nos modelos comunitários de atendimento.

Em importante trabalho, Marina Peduzzi remete à literatura internacional, particularmente à obra de Barbara Starfield sobre atenção primária (Peduzzi, 2008; Starfield, 2002). Starfield é uma referência no campo. Sua obra aborda as fortes pressões que se exercem sobre o trabalho em equipe, resultantes de inúmeros imperativos tais como o envelhecimento da população e o aumento das doenças de longa duração. O panorama brasileiro, neste sentido, não é único (Peduzzi, 2008).

Compartilhar o planejamento e as tarefas entre

os profissionais e entre os serviços de saúde é vital para a consolidação da atenção primária à saúde no país. Os trabalhos em equipe e multidisciplinar constituem a base desta proposta de transformação da assistência. Contudo, os sistemas fragmentados de atenção à saúde ainda são hegemônicos no Brasil (Mendes, 2011). Organizam-se, de modo geral, isolados e sem conexão entre as equipes de saúde. Nestes sistemas, “a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos” (Mendes, 2011, p. 50). Em função destas características, são incapazes de prestar atenção continuada, ampliada e resolutiva à população. Cabe ressaltar que a dificuldade e o desafio do trabalho em equipe estão relacionados também à formação acadêmica fragmentada e hospitalar do profissional de saúde (Feuerwerker, 2003; Araújo et al., 2010; Faria; Silva, 2013).

Ainda que a discussão sobre parcerias no cenário da APS envolva os diferentes profissionais que compõem as equipes, o foco sobre os profissionais da fisioterapia redireciona a discussão para contextos privilegiados da atenção primária e domiciliar. O exame dos contextos brasileiro e canadense guiará a narrativa sobre o tema.

Primeiros passos: a fisioterapia na APS e o trabalho em equipe na produção do cuidado

Com a emergência da atenção primária à saúde como modelo organizativo, a participação do fisioterapeuta tem exigido o desenvolvimento de novas competências que vão além do atendimento individual e especializado. Na linha defendida pelo Ministério da Saúde, Ragasson et al. (2011) salientam que a atuação do fisioterapeuta deve ser integrada às equipes, podendo planejar, controlar e executar políticas, programas, cursos e pesquisas em interseção com o campo da Saúde Coletiva. Cabe enfatizar que em 2011 a Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde instituiu nova edição da Política Nacional de Atenção Básica. Segundo a citada Portaria, no tocante às equipes primárias de saúde, as diferentes formações profissionais e a articulação entre os profissionais

de saúde são necessárias para ampliar a capacidade de cuidado à população (Brasil, 2011b).

A literatura tem destacado as múltiplas possibilidades de atuação da fisioterapia na APS: educação em saúde, atendimento domiciliar, investigação epidemiológica, atividades acadêmicas, atenção aos cuidados, ações intersetoriais (Castro et al., 2006; Portes et al., 2011; Ragasson et al., 2011). Para enfrentar tais desafios, defende-se a necessidade do desenvolvimento de novas competências e da difusão de novas experiências durante a formação (Portes et al., 2011).

Neves e Acioli (2010) realizaram uma revisão sistemática da produção científica sobre o papel do fisioterapeuta e sua relação com e nas equipes e concluíram que um número reduzido de publicações volta-se para este tema. De maneira geral, as publicações chegam a destacar o papel do fisioterapeuta integrado à equipe, nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, baseadas nos conceitos de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo. No entanto, as especificidades do trabalho não foram aprofundadas pelos estudos, o que talvez reflete as dificuldades de inserção dos fisioterapeutas na ESF. Um dos estudos sugere que a inserção plena do profissional fisioterapeuta nas equipes da saúde da família poderia vir a ser um elemento de grande contribuição para as ações de prevenção e para a mudança do modelo assistencial: seja reduzindo a complexidade da atenção em saúde e os gastos públicos, seja evitando o incremento das doenças e suprindo demandas reprimidas do serviço de fisioterapia, ou ainda atuando na seleção e triagem de pacientes (Castro et al., 2006, p. 57). Do ponto de vista da satisfação dos usuários, o trabalho da fisioterapia pode ainda ser direcionado para o estabelecimento de relações mais comunicativas e acolhedoras, particularmente por meio do contato domiciliar com os pacientes (Costa et al., 2009).

Ainda que de modo incipiente, o que se busca, na inserção da fisioterapia na atenção básica e nas equipes multidisciplinares, é contribuir para a democratização dos serviços prestados às comunidades (Véras, 2002; Rezende, 2009; Barbosa et al., 2010). Isto se deu em alguns municípios do país. Estas tentativas, embora tímidas, transcendem o processo de reabilitação e direcionaram a prática

para as necessidades sociais. A Saúde da Família proporcionou, neste sentido, um modelo assistencial favorável à participação dos profissionais, na construção de uma atenção à saúde ampla e inclusiva (Dal Poz; Viana, 2005).

Se considerarmos um estudo sobre a qualidade de vida em indivíduos que utilizavam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde, Aquino et al. (2009) apontaram resultados positivos na melhora dos domínios de capacidade funcional e no estado geral de saúde. Todavia, houve pouco avanço quanto a alguns aspectos físicos (dor, vitalidade), à saúde mental e aos aspectos sociais.

Um direcionamento promissor iria exigir um novo perfil de formação e atuação da fisioterapia: convocada a atuar de forma interdisciplinar, com um olhar integral, articulada com as demais áreas de atuação em saúde, capaz de dialogar com os diferentes níveis de realidade e competente para o desenvolvimento de habilidades e capacidades criativas. “A fisioterapia, atuando isoladamente, não é capaz de produzir efeitos sobre todos os domínios que interferem na qualidade de vida dos usuários dos serviços públicos” (Aquino et al., 2009, p. 278). Exemplos de atuação integrada ao campo da saúde coletiva estão crescendo pelo país e podem estimular os programas de graduação a valorizar o saber que se aprende pelo exercício e pela integração entre diferentes áreas, tanto acadêmicas quanto do chamado “saber popular”. Cabe ressaltar, contudo, que a formação profissional se mantém distante das necessidades do sistema de saúde, de integração de conhecimentos clínicos e de saúde coletiva, de uma reorientação substancial dos modelos e das práticas profissionais (Rocha et al., 2010).

A integração entre fisioterapeutas e agentes comunitários de saúde tem sido preconizada em inúmeros estudos (Ribeiro et al., 2007; Loures; Silva, 2010). Se o presente trabalho dá destaque às parcerias, seus limites e possibilidades - a nosso ver ainda inexploradas - seria justamente essa metáfora, ou ideia-força, que deveria balizar a construção de espaços de ação multiprofissional. Os estudos citados sugerem as possibilidades de parcerias enriquecedoras favorecidas pela educação permanente dos profissionais, de modo a aprimorar e ampliar o contato com os pacientes e garantir o “cuidar” que detecta

precocemente as demandas mais emergenciais. Nas atividades desenvolvidas em projetos de extensão, o próprio exercício de atuar junto às comunidades, integrados à ESF, permite aos estudantes considerar sua formação para além do caráter reabilitador e especializado (Ribeiro, 2009).

Os projetos de extensão destacam-se por sua importância estratégica. A utilização de metodologias ativas ou inovadoras de ensino-aprendizagem é uma importante ferramenta para o desenvolvimento de projetos de extensão. Ao permitir maior interação com a realidade dos usuários, os estudantes são direcionados para captar a experiência “vivida” dos pacientes - sua dimensão fenomenológica (Turner, 1974) - diante dos processos que marcam, por vezes de maneira dramática, a superação da enfermidade e os modos de existência. Trata-se, para os estudantes, de aprender a aprender, de tomar decisões em situações e cenários difíceis e de trabalhar em equipe multiprofissional (Maciel et al., 2005). Nesse trabalho interativo, o profissional fisioterapeuta deverá demarcar seu próprio espaço de atuação, sua contribuição singular ou específica, oriunda de seu campo de saber. Será preciso enfrentar dificuldades e desafios que incluem a mudança nas rotinas de trabalho e na lógica de organização das equipes, a valorização dos saberes populares, o manejo de informações epidemiológicas para definição do perfil da população atendida e a capacidade de responder à demanda reprimida (Barbosa et al., 2010). A tendência ao tecnicismo ou ao assistencialismo, duas orientações equivocadas, terá de ser superada (Silva; Da Ros, 2007).

O conhecimento das propostas da atenção primária e dos princípios do sistema de saúde, tanto por parte dos estudantes, quanto dos professores, deverá ser estimulado em sala de aula. Mas são poucas as grades curriculares que contemplam disciplinas voltadas para ações de atenção integral à saúde. Os projetos pedagógicos direcionam o trabalho de profissionais para atividades predominantemente técnicas, curativas e reabilitadoras (Véras et al., 2004; Freitas, 2006). Os aspectos humanos da relação fisioterapeuta/paciente são desvalorizados. Os futuros profissionais são preparados para “reparar” danos por meio de técnicas e protocolos preestabelecidos. Pouca atenção é dada às percepções do

paciente sobre os impactos de sua doença, ao sofrimento, às experiências vividas pelos doentes e aos seus “modos de vida”.

A assistência domiciliar e o trabalho em equipe

Outra inserção significativa da fisioterapia na atenção primária direcionou-se para os serviços de assistência domiciliar (AD), como veículo para acolher as demandas individuais. Conceitua-se esta modalidade de atendimento como ações regulares e articuladas desenvolvidas pelas equipes de saúde no domicílio do paciente acamado por longo período (Rehem; Trad, 2005).

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, as práticas da Fisioterapia devem integrar-se à atenção domiciliar multiprofissional. Esta compreende uma, dentre as várias atividades da atenção primária, e deve levar em consideração as condições clínicas do paciente, o grau de dependência para as atividades funcionais e as condições sociais e econômicas (Lopes, 2003). A proposta da assistência domiciliar surge, nesse contexto, voltada para uma prática mais humanizada, de acordo com as necessidades das pessoas, estimulando as relações entre os profissionais e a comunidade para a melhoria das condições do cuidado e a continuidade dos próprios cuidados oferecidos. Note-se a importância do trabalho em equipe nos vários tipos de atendimento domiciliar. Para Feuerwerker e Merhy (2008), o cuidado domiciliar demanda a participação de toda a equipe multiprofissional e a construção de estratégias inovadoras de assistência. Embora os autores não discutam a composição das equipes de saúde, mostram que “a atenção domiciliar é possível até em ambientes economicamente precários e que pode contribuir efetivamente para a produção de integralidade e de continuidade do cuidado” (Feuerwerker; Merhy, 2008, p.180).

Esta modalidade de atendimento engloba todos os princípios da atenção primária: trabalho em equipe; conhecimento da realidade e de suas condições sociais; escuta qualificada com atendimento às demandas; continuidade do cuidado e contato humanizado com o paciente; prevenção de sequelas e promoção da saúde.

O Programa de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa), do Ministério da Saúde, criado em 2011, vem reforçando a importância das equipes nesta modalidade de atendimento. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) contam com a participação de fisioterapeutas, além de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem no atendimento ao paciente portador de doenças crônicas, usuários de sondas, dependentes de ventilação mecânica, pacientes em processo de reabilitação motora e recém-nascidos com baixo peso. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, a Região Sudeste contabiliza o maior número de equipes de atenção domiciliar, cerca de 460 EMADs. Os Estados mais carentes são: Acre, Amapá, Rondônia, Roraima, Tocantins, Sergipe, Piauí e Mato Grosso, que contabilizam juntos cerca de 50 EMADs.

Além das EMADs, o Programa conta ainda com as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), constituídas por, no mínimo, três profissionais de saúde com ensino superior, escolhidos entre: fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (Brasil, 2011, 2012, 2013).

No tocante à atuação da fisioterapia, busca-se recuperar os graus de incapacidade, promovendo melhora das funções motoras, sensitivas e neurológicas, oferecendo ao paciente maior dignidade de atendimento. Freitas (2006) aponta que o atendimento domiciliar está relacionado “ao maior apelo para a justificativa da atuação” do fisioterapeuta. Está em jogo, segundo o autor, a busca de um maior contato com os pacientes e o estabelecimento de vínculos que permitam conhecer suas realidades, sua experiência vivida diante dos processos de rupturas, de crises e de reintegração, na saúde e na doença.

Cabe ressaltar, contudo, que as questões relativas à composição das equipes de saúde ainda constituem um entrave ao reconhecimento da atuação da fisioterapia na atenção primária. Costa et al. (2012), ao estudarem a distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde, constataram que os principais tipos de estabelecimentos onde atua o fisioterapeuta são as clínicas especializadas/ambulatórios de especialidades e os hospitais gerais. Considerando a complexidade

da atuação, apenas 13% dos registros profissionais estavam vinculados à Atenção Primária à Saúde em comparação com 29% da atenção hospitalar e 57% da atenção ambulatorial especializada. A esse cenário, soma-se em alguns municípios brasileiros, o número incipiente de fisioterapeutas quando comparado à presença de outros profissionais na assistência domiciliar. Um exemplo desse cenário é o município de Maracanaú, região metropolitana de Fortaleza, no Ceará, que apresentava em 2009 um total de 51 equipes de Saúde da Família, com 51 médicos, 51 enfermeiros, 35 odontólogos e apenas 3 fisioterapeutas (Costa et al., 2009).

No Brasil, a Lei nº 10.424 de 16/04/2002 acrescenta à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) o atendimento e a internação domiciliar no SUS (Lopes, 2003). Já no Canadá, se a assistência domiciliar também se inclui na Lei Canadense da Saúde - *Canada Health Act* -, desde 1984, como uma “extensão do serviço de saúde” em todas as províncias canadenses, os serviços básicos abrem espaço aos cuidados em fisioterapia (Health Council of Canada, 2013), ainda que não sejam preponderantes na atenção à saúde - como se verá mais adiante.

A ação e participação de fisioterapeutas permanecem um desafio no interior do sistema de saúde no Brasil. Embora a diretriz do Ministério da Saúde para a composição das equipes de saúde estimule a atuação multiprofissional, ainda é tímido o debate sobre a incorporação, às equipes de saúde, das denominadas “outras categorias profissionais” (Rezende et al., 2009).

A assistência primária à saúde no Canadá

Um aspecto fundamental no sistema de atenção primária canadense é a atenção dada pelo governo federal e províncias às realidades sociais, que exigem o desenvolvimento de estratégias de atendimento integrado e baseadas na comunidade. Um documento que aponta as linhas mestras da APS no Canadá, ainda que se destine a avaliar de perto o modelo em uma região de Ontário, é o *Overview of Selected Primary Health Care Models* (Cook; Kachala, 2004). Este documento apresenta diagnósticos de experiências concretas, mas sugere horizontes

possíveis ainda não alcançados no país. A atenção primária baseia-se, ou deve basear-se, nos modelos comunitários de atendimento e de coordenação profissional. A questão das “parcerias”, ainda que se apresente mais promissora do que no Brasil, ainda é problemática.

No modelo de *Professional Primary Health Care*, indicam as autoras, os cuidados primários são organizados predominantemente em torno de médicos de família e clínicos gerais, que trabalham individualmente ou em pequenos grupos. Raramente estes profissionais realizam assistência integrada com outros profissionais de saúde. Este modelo, dominante no Canadá, se subdivide em dois tipos de atendimento, em que predominam, num caso, o “contato”, o “*professional contact*”, e no outro, a “coordenação” profissional. Há uma tradição cristalizada de apoio governamental à liderança dos médicos que respondem por esse modelo (médicos de família e clínicos gerais). Daí ser a acessibilidade um ponto forte, segundo o Relatório. Como acentuam as autoras, justamente por ser um modelo de pouca tradição na relação governo/sistema de saúde, é que o modelo alternativo de atendimento, de tipo comunitário, apresenta problemas no tocante à acessibilidade da população (Cook; Kachala, 2004).

Não obstante, o modelo comunitário de atendimento - *Community Primary Health Care* - orienta as ações de saúde em várias províncias canadenses. Este modelo, segundo o Relatório, ainda se encontra fragilmente integrado ao sistema de saúde nacional, diferentemente do modelo de tipo “profissional”. O modelo comunitário assenta-se nos centros de saúde e é classificado pelas autoras em dois tipos, o integrado e o não integrado (*Integrated community model* e *non-integrated*). Ambos possuem traços positivos muito semelhantes, como a qualidade e efetividade dos serviços. No entanto, a acessibilidade é um ponto frágil no caso específico do modelo “não integrado”, que apresenta também problemas quanto à continuidade dos serviços.

O modelo integrado prevê forte cooperação com a comunidade. Os serviços são oferecidos pelos centros de saúde, nas províncias. Estão acessíveis em tempo integral. A continuidade, a qualidade, a equidade e a efetividade da atenção são garantidas por equipes multiprofissionais de saúde. Busca-se

a cooperação entre os profissionais de atenção primária e os serviços oferecidos pelos hospitais. Este modelo estimula a integração profissional.

O modelo não integrado deve sua denominação justamente à falta de mecanismos de integração específica, sugere o documento (Cook; Kachala, 2004, p. 21-22). O modelo não se distingue do integrado pela gama de serviços oferecidos, mas por certo caráter de insulamento, pela ausência de integração com o sistema de saúde nacional. Sem se referir de maneira explícita às questões políticas associadas a Quebec, esta forma de atuação não integrada é discutida no texto, que se refere, inclusive, à ausência de sistemas integrados de informação.

O apoio às equipes primárias de saúde no Canadá

De acordo com o documento *Primary Health Care and Physical Therapists: Moving the Profession's Agenda Forward* (Primary..., 2007), há fortes indícios de que a intervenção de fisioterapeutas nas equipes de atenção primária permite resultados importantes. Nesta coletânea, “indicadores da evidência para as intervenções fisioterapêuticas, em relatórios [de pesquisa] e em outra literatura especializada, estão apresentados de acordo com resultados sistêmicos, [...] sob o ponto de vista do provedor, [...] do ponto de vista do paciente e das condições” (Primary..., 2007, p. 8), tais como artrite e osteoporose. O objetivo é incorporar os componentes da atenção primária à assistência pública e privada. Os serviços são fornecidos por equipes multidisciplinares - “agentes de atenção à saúde” - que oferecem cuidados com base na avaliação das necessidades de saúde das comunidades locais (Marriott; Mable, 2000; Health Council of Canada, 2005a). Entre estes agentes, o fisioterapeuta participa na integração dos serviços locais.

Muitas províncias têm estimulado a participação de fisioterapeutas e de outros profissionais nos cuidados primários (Soever, 2006). Nas várias províncias canadenses, existem experiências concretas de trabalho comunitário e multidisciplinar. Os centros comunitários e os serviços domiciliares cumprem um papel de destaque, sobretudo em Quebec, onde a experiência foi particularmente inovadora. Lá, desde 2004, operam os centros de saúde comuni-

tários e serviços sociais (CSSS, *Centres de Santé et de Services Sociaux*), uma fusão entre os Centros Locais de Serviços Comunitários - os CLSC - os Centros de Alojamento e Acolhimento e os cuidados hospitalares. Nas últimas décadas, os movimentos sociais urbanos influenciaram a criação desses centros, verdadeiros núcleos de serviços integrados (Carvalho, 2005; Conill, 2008).

Health Canada, ou *Santé Canada*, é o órgão ministerial da saúde canadense, responsável pela criação e suporte financeiro do Conselho de Saúde do Canadá (Health Council). O Conselho é um instrumento organizacional, sem fins lucrativos e com autonomia para controlar a contabilidade, garantir a transparência e acompanhar o desempenho dos programas e serviços nacionais. Desde 2005, sob sua responsabilidade, a população tem acesso a Relatórios de acompanhamento dos programas, inclusive da atuação das equipes primárias em comunidades remotas ou de difícil acesso. O tema das equipes multidisciplinares está continuamente em pauta; o mais recente plano decenal para a saúde previa, em 2004, que ao longo da década seriam atingidas algumas metas ambiciosas, de acesso da população canadense às equipes multidisciplinares de atenção primária (Health Council of Canada, 2005b).

Os relatórios reconhecem que alguma dinâmica ou “espírito de equipe” tem brotado desta iniciativa oficial (Health Council of Canada, 2005a, 2005b). No entanto, se algumas províncias, como Quebec, Alberta e Ontário, adaptaram as equipes multiprofissionais aos centros comunitários de saúde, tem havido dificuldades na integração dos cuidados entre médicos de família e outros profissionais de saúde. Segundo Carvalho, boa parte dos médicos no Canadá exerce sua prática nos consultórios, sozinhos ou com outros profissionais, na sua maioria médicos. Poucos exercem atividades nos centros comunitários (Carvalho, 2005).

De acordo com os relatórios de 2006 e 2007, apenas 31% dos médicos de família estabelecem um “acordo formal” de colaboração com outros profissionais de saúde; sendo que 22% trabalham apenas com a enfermagem. No caso específico da fisioterapia, os dados não são muito favoráveis; somente 12% dos médicos de família estabelecem parcerias (Soever, 2006; Health Council of Canada, 2007).

Uma questão importante, referida no relatório de 2007 e que diz respeito diretamente às equipes multidisciplinares, é o aumento das doenças crônicas no País. Doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão, diabetes e doenças crônicas respiratórias são as maiores responsáveis pela mortalidade no mundo. Os doentes crônicos, mais que quaisquer outros pacientes, necessitam de assistência multidisciplinar. Em 2008, segundo o *Canadian Survey of Experiences with Primary Health Care*, apenas um terço da população tinha acesso a mais de um “provedor” de cuidado primário em saúde (médico e enfermeiro), e metade da população era assistida pelos médicos de família sem a participação de outros profissionais (Health Council of Canada, 2008).

Ressalte-se, no entanto, que os relatórios oficiais, ao apontar as dificuldades para a construção de parcerias entre os profissionais de saúde e os médicos de família, também chamam a atenção para as evidências de melhoria na qualidade de vida das pessoas atendidas pelas equipes multidisciplinares. Os dados foram colhidos entre os próprios usuários dos serviços: 42% consideram que houve melhora da qualidade de vida, 46% adquiriram maior conhecimento sobre suas condições de vida e saúde e 67% disseram ser capazes de prevenir problemas futuros (Health Council of Canada, 2008).

O relatório de 2009, *Teams in Action: Primary Health Care Teams for Canadians*, traz dados sobre o controle das doenças crônicas no país e reforça a inclusão de outros profissionais nas equipes primárias em saúde. Segundo o relatório, “a equipe de atenção primária à saúde mantém laços formais com especialidades que incluem os centros voltados para o Diabete, Hipertensão e Colesterol; a Clínica de Função Cardíaca; o Programa de Acompanhamento de Peso; e centros de Saúde Mental e Dor Crônica” (Health Council of Canada, 2009, p. 16). Preconiza-se a integração de vários saberes e atuações de modo a favorecer a redução do tempo de internação dos pacientes com doenças crônicas e incrementar a adesão ao tratamento. Postula-se, ainda, que as equipes primárias devem incluir médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, dentistas e patologistas (Health Council of Canada, 2009, p. 12). A ênfase na busca de acesso em locais remotos ou problemáticos é clara: “Equipes são um

instrumento eficaz para a provisão de serviços (...) nas áreas rurais, remotas e menos equipadas, com número insuficiente de médicos de família” (Health Council of Canada, 2009, p. 5).

Os relatórios de 2011 e 2012 privilegiam a participação dos usuários. De acordo com os relatórios, quase metade da população canadense participaativamente da atenção primária. As equipes procuram trabalhar em conjunto com o paciente no desenvolvimento de um plano para controle de sua doença e prevenção de agravos. Dentro desta perspectiva de “*improved patient care*”, o profissional de saúde estabelece uma relação “verdadeiramente terapêutica” com o seu paciente (Health Council of Canada, 2011, 2012).

Cabe ressaltar que as equipes são formadas por profissionais das várias áreas da saúde, entre as quais a participação da fisioterapia ainda é incipiente. Na província de Ontário, por exemplo, os serviços de enfermagem representam 44% da assistência domiciliar e os serviços de fisioterapia 11%. Na província de Nova Escócia, a diferença é mais significativa; a enfermagem representa 41% e a fisioterapia apenas 6% (Health Council of Canada, 2012).

Um “*discussion paper*”, comissionado pela *Canadian Physiotherapy Association* e por instituições de fisioterapia da província de Alberta, e intitulado *Primary Health Care and Physical Therapists: Moving the Profession’s Agenda Forward* (Soever, 2006), contempla três questões fundamentais para todo o país: o *status* do fisioterapeuta na atenção primária; as barreiras relacionadas ao envolvimento deste profissional neste nível de atenção e as oportunidades relacionadas à área de atuação. As perspectivas mais importantes, do ponto de vista político (influenciar e advogar em defesa de modelos públicos ou mistos da APS e estabelecer estratégias para a mídia); da prática clínica (construir modelos de atuação centrados em evidências recentes e manter diálogo com outros profissionais de saúde e com o público); e da liderança (criar câmaras de divulgação de informações sobre a fisioterapia na APS) guiaram a análise das três questões apontadas no texto de referência. O texto reforça o impacto positivo da atuação da fisioterapia tanto na APS, quanto nos demais níveis de atenção e complexidade. Essa versão da literatura foi confirmada por meio de entrevistas com informantes-chave. Todavia, o

documento aponta para a precípua necessidade dos profissionais aperfeiçoarem suas práticas e desenvolverem novas competências resolutivas.

As perspectivas que guiaram a análise da fisioterapia nas questões de *status*, barreiras e oportunidades direcionaram-se também para as dimensões da educação e da regulação. No tocante à educação, o “*discussion paper*” destaca a importância de investimentos em programas de pós-graduação e formação profissional contínua, de modo a abranger os desafios presentes na atenção à saúde. Além disso, os trabalhos de campo realizados por meio de projetos de extensão e de metodologias ativas são considerados importantes para o desenvolvimento de competências entre estudantes e profissionais. Em relação à Regulação, as propostas do texto se voltam para a necessidade de revisão dos quadros legislativos e regulamentares, à luz da evolução do papel do fisioterapeuta na APS. Isto viria a incluir, segundo o documento: a adoção de corpos de disciplinas, específicas e interdisciplinares; a responsabilização, isto é, o foco sobre as questões de responsabilidade emergentes, relacionadas à participação em equipes multidisciplinares; e, finalmente, sobressairiam os aspectos da delegação ou designação de funções para outros membros da equipe.

Considerações finais

A leitura terá indicado, desde logo, que, se algumas trilhas diferenciam os dois sistemas de saúde - em especial quanto à abrangência e “resolutividade” da atenção primária, mais efetiva lá do que entre nós - salta aos olhos a preocupação com a cidadania, ou com o acesso universal, nas duas propostas. No Canadá, a Fisioterapia é uma instância importante do acesso ao cuidado e é uma das profissões mais organizadas e coesas do país, em que pesem os diferentes contextos provinciais. Contudo, deve ressaltar-se que uma das condições essenciais do cuidado é a atuação interdisciplinar das equipes. A metáfora das parcerias, que vimos discutindo, encontra maior ressonância no cenário canadense, mas deveria encontrar, no terreno das profissões de saúde no Brasil, seu lugar condutor, ou gerador, das políticas públicas no curto prazo.

As experiências desenvolvidas no Canadá e em outros países, buscando priorizar as necessidades

mais urgentes das comunidades, constituíram o embasamento teórico e prático da Estratégia de Saúde da Família, no Brasil, que surge em 1994 e amplia-se ao longo dos primeiros anos. Ainda nesta década, instituições representativas e formadoras ligadas à fisioterapia começaram a estimular a participação deste profissional, assegurando-lhe um espaço no nível primário de atenção (Freitas, 2006).

Nos últimos anos, no Canadá, a discussão sobre o papel dos profissionais de saúde na atenção primária vem recebendo atenção especial. Os princípios contidos na Carta de Ottawa sobre cuidados primários de saúde reconhecem que a colaboração interdisciplinar e o trabalho em equipe maximizam as habilidades e competências de todos os profissionais de saúde para o benefício de seus pacientes e melhora a qualidade do serviço.

Bem mais que no caso brasileiro, é no Canadá que os fisioterapeutas têm se destacado como um ator importante na atenção primária. No Canadá, em que métodos de organização, financiamento e administração de saúde variam de província para província, muitas províncias têm criado condições para a participação de fisioterapeutas em iniciativas de cuidados primários em saúde, em função do aumento das doenças crônico-degenerativas. No Brasil, ainda que as políticas e programas de saúde governamentais tenham incentivado a participação de fisioterapeutas nos cuidados primários, estes profissionais ainda enfrentam os desafios de uma formação fragmentada e a necessidade de informações e ferramentas para aumentar o seu conhecimento e intensificar sua atuação. Mudanças na formação profissional poderão influenciar na prática profissional e promover a integração dentro do modelo de atenção primária.

Referências

- AQUINO, C. F. et al. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 271-279, 2009.
- ARAÚJO, F. R. O. et al. Estágio curricular para os cursos de graduação em fisioterapia: recomendações da Abenfisio. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 12-15, 2010.

- BARBOSA, E. G. et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.
- BOXENBAUM, E. *The partnership metaphor in Québec health care policy: the decision-making process with cognitively impaired elderly clients in home care*, 2001. Dissertação (Master of Social Work) - McGill University, Montreal, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde, volume 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011a. Seção 1. p. 44. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 12 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Ementa. *Publicação*, Brasília, DF, 21 out. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar: melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar*. Brasília, DF, 2012. v. 1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 mai. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 15 fev. 2014.
- CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CASTRO, S. S. et al. Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 55-62, 2006.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.
- COOK, R.; KACHALA, E. *Overview of selected primary health care models*: July 2004: a background document to the final report: building a primary health care infrastructure in Halton-Peel: planning for the future (April 2004). Halton-Peel: District Health Council, 2004. Disponível em: <<http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/10000/251131.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2012.
- COSTA, J. L. et al. A fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 2-7, 2009.
- COSTA, L. R. et al. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 16, n. 5, p. 422-430, 2012.
- DAL POZ, M. R.; VIANA, A. L. A. Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.
- DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. *Lua Nova*, São Paulo, n.78, p. 185-222, 2009.
- FARIA, L.; SILVA, E. B. As novas demandas da atenção à saúde: estamos preparados para mudanças na formação profissional? *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 86-92, 2013.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

- FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe: sinônimos? *Revista Olho Mágico*, Londrina, v. 5, n. 18, 1999.
- FREITAS, M. S. A atenção básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares re-significando a prática profissional, Rio de Janeiro, 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA. *A review of scopes of practice of health professions in Canada: a balancing act*. Toronto, 2005a. Disponível em: <http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.11-Sscopes_of_PracticeEN.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2014.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA. *Primary health care*. Toronto, 2005b. Disponível em: <http://healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=166>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA. *National physician survey*. Toronto, 2007. Disponível em: <http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.43-CaseStudies_FINAL.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA. *Canadian survey of experiences with primary health care*. Toronto, 2008. Disponível em: <http://healthcouncilcanada.ca/dl_check.php?id=149&tp=1>. Acesso em: 23 fev. 2014.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA. *Teams in action: primary health care teams for Canadians*. Toronto, 2009. Disponível em: <http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.42-teamsinaction_1.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA. How engaged are Canadians in their primary care?: results from the 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Canadian Health Care Matters, Bulletin 5*. Toronto, 2011. Disponível em: <http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.30-Commonwealth5-EN_Final.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA. *Seniors in need, caregivers in distress: what are the home care priorities for seniors in Canada?* Toronto, 2012. Disponível em: <http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=348>. Acesso em: 24 fev. 2014.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA. *Progress report 2013: health care renewal in Canada*. Toronto, 2013. Disponível em: <http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=481#sthash.9QdMMuaZ.dpuf>. Acesso em: 23 fev. 2014.
- LOPES, J. M. C. (Org.). *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde: experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição*. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/wpcontent/uploads/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.
- 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*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2155-2164, 2010.
- MACIEL, R. V. et al. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 11-17, 2005.
- MARRIOTT, J.; MABLE, A. L. Opportunities and potential: a review of international literature on primary health care reform and models. Ottawa: Health Canada, 2000.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: CONASS, 2011.
- NEVES, L. M. T.; ACIOLI, G. G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 551-564, 2010.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>>. Acesso em: 23 dez. 2014.

PORTESES, L. H. et al. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 111-119, 2011.

PRIMARY health care: a resource guide for physical therapists. Edmonton, College of Physical Therapists of Alberta: Alberta Physiotherapy Association: Canadian Physiotherapy Association, 2007. Disponível em: <http://www.physiotherapyalberta.ca/files/primary_health_care_1.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2014.

RAGASSON, C. A. P. et al. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional, 2006. *Revista Olho Mágico*, Londrina, v. 13, n. 2, p. 1-8, 2006.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-242, 2005. Suplemento.

REZENDE, M. A. et al. A equipe multiprofissional da ‘Saúde da Família’: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1403-1410, 2009. Suplemento 1.

RIBEIRO, K. S. Q. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. *Cadernos Cedes*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 335-346, 2009.

RIBEIRO, K. S. Q. et al. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia da atenção básica. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 156-168, 2007.

ROCHA, V. M. et al. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 4-8, 2010.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. *Saúde & história*. São Paulo: Hucitec, 2010.

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*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007.

SOEVER, L. *Primary health care and physical therapists: moving the profession's agenda forward*. Alberta: Alberta Physiotherapy Association: The Canadian Physiotherapy Association, 2006.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.

TURNER, V. *O processo ritual: estrutura e anti-estrutura*. Petrópolis: Vozes, 1974.

VÉRAS, M. M. S. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. In: BARROS, F. B. M. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 185-192. (Série Fisioterapia e Sociedade).

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*, Sobral, v. 5, n. 1, p. 169-173, 2004.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Relatório mundial de saúde 2008: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca. Lisboa, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whro8_pr.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2012.

Agradecimentos

As autoras agradecem a colaboração inestimável de um parecer à versão anterior do texto, bem como a Luiz Antonio de Castro Santos por suas sugestões editoriais.

Contribuição dos autores

Faria participou da concepção do estudo, da redação do manuscrito, do levantamento bibliográfico, da análise dos dados e revisão crítica. Alves participou da redação do manuscrito, do levantamento bibliográfico, da análise dos dados e revisão crítica.

Recebido: 03/06/2013

Reapresentado: 09/06/2014

Aprovado: 08/07/2014