

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

LETÍCIA MIRANDA DE ALCÂNTARA
RONEI DINIZ DE CARVALHO

**PROGRAMA “PREVINE BRASIL” E AS IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Sete Lagoas/MG
2021

**LETÍCIA MIRANDA DE ALCÂNTARA
RONEI DINIZ DE CARVALHO**

**PROGRAMA “PREVINE BRASIL” E AS IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como parte dos requisitos
para conclusão do curso de graduação em
Fisioterapia da Faculdade Sete Lagoas –
FACSETE.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Araújo
Pena Bastos



Letícia Miranda de Alcântara
Ronei Diniz de Carvalho

**PROGRAMA “PREVINE BRASIL” E AS IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A banca examinadora abaixo-assinada aprova o presente trabalho de conclusão de curso como parte dos requisitos para conclusão do curso de Graduação em Curso da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Aprovada em 25 de novembro de 2021.

Profa. Mariana Araújo Pena Bastos
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE
Orientadora

Prof. Luciano Rezende Vilela
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

RESUMO

Desde a sua criação, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) vem possibilitando por meio de apoio matricial a implementação de uma abordagem interdisciplinar que potencializa ações preventivas e contribui para a integralidade e resolutividade no SUS, sendo a principal porta de entrada para o fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2017, foram impostas mudanças importantes pela Portaria nº 2,436 que instituiu a nova Política Nacional de atenção Básica (PNAB) estabelecendo um processo de reestruturação de formas de organização dos serviços de saúde, diretrizes, composição das equipes, escopo de práticas e processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Posterior a estas mudanças, em 2019 foi criado o Programa previne brasil que mais tarde resultou na norma técnica que excluiu o Nasf-AB dos programas que teriam custeio garantido dentro desse novo programa de financiamento da Atenção Básica, comprometendo a implementação do Nasf-AB nos municípios e impactando negativamente para o incentivo da integração multiprofissional na APS. Desse modo, este estudo tem como objetivo analisar por meio de revisão da literatura de artigos publicados nas bases de dados Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) as implicações do Programa Previne Brasil para a atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à saúde, bem como as justificativas apontadas para a exclusão do Nasf-AB. Foram encontrados poucos estudos que discorrem sobre o tema em questão, contudo, a literatura aponta algumas consequências impostas pelo Programa Previne Brasil e pela NT nº3 de 2020, demonstrando um retrocesso relacionado a integralidade e o cuidado ampliado a saúde da população, sendo destacado por alguns autores e organizações importantes, como uma barreira para a inserção do fisioterapeuta na (APS).

Palavras-chave: NASF-AB, Atenção Primária em Saúde, fisioterapia; Financiamento da Assistência à Saúde; Previne Brasil.

ABSTRACT

Since its creation, the Expanded Center for Family Health and Primary Care (Nasf-AB) has enabled, through matrix support, the implementation of an interdisciplinary approach that enhances preventive actions and contributes to comprehensiveness and problem-solving in the SUS, being the main gateway for physical therapists in primary care. In 2017, important changes were imposed by Ordinance number 2,436, which instituted the new National Policy on Primary Care (PNAB) establishing a process of restructuring the forms of organization of health services, guidelines, team composition, scope of practices and work processes in Primary Health Care. After these changes, in 2019 the Prevent Brazil Program was created, which later resulted in the technical standard that excluded Nasf-AB from programs that would have guaranteed funding within this new Primary Care financing program, compromising the implementation of Nasf-AB in the municipalities, and negatively impacting the encouragement of multidisciplinary integration in PHC. Thus, this study aims to analyze through a literature review of articles published in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library (BVS) and Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) the implications of the Prevent Brazil Program for the role of physical therapists in Primary Health Care, as well as the justifications given for the exclusion of the Nasf-AB. However, although more studies that discuss the topic are needed, the consequences imposed by the Prevent Brazil Program and by NT No. 3 of 2020, point to a setback related to comprehensiveness and expanded health care for the population, highlighted by some authors and important organizations, as a barrier to the insertion of physical therapists in Primary Health Care.

Keywords: NASF-AB, Primary Health Care, physiotherapy; Health Care Financing; Prevent Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ABRASCO	-	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	-	Agentes de Combate a Endemias
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CEBES	-	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CnR	-	Consultório na Rua
COFFITO	-	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO-3	-	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3º Região
eAB	-	equipes de Atenção Básica
eAP	-	equipes de Atenção Primária
EqSF	-	Equipes de Saúde da Família
ESB	-	Equipes de Saúde Bucal
ESF	-	Estratégia de Saúde da família
eSF	-	equipes de Saúde da Família
MS	-	Ministério da Saúde
NASF-AB	-	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	-	Norma Operacional Básica
NT	-	Nota Técnica
PAB	-	Piso de Atenção Básica
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	-	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde
PCCN	-	Programa de Combate as Carências Nutricionais
PIB	-	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	-	Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	-	Programa Mais Médicos
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica

- PROVAB** - Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica
- PSE** - Programa Saúde na Escola
- PSF** - Programa Saúde da Família
- SBMFC** - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
- SCNES** - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- SESP** - Serviço Especial de Saúde Pública
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	8
2.1. OBJETIVO GERAL	8
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. METODOLOGIA/MATERIAL E MÉTODOS	8
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
4.1 Atenção Primária à Saúde	9
4.2 Estratégia de Saúde da Família	11
4.3 Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção básica (NASF-AB).....	12
4.4 Atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária À Saúde	13
4.5 Histórico das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica.....	15
4.6 Programa Previne Brasil	16
4.7 Nota Técnica (NT) nº 3 de 2020.....	18
5. DISCUSSÃO	19
6. CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

Com o objetivo de alcançar um sistema público que solucionasse as demandas de saúde da população defendendo o direito universal à saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 pela Constituição Federal Brasileira que determina ser dever do estado a garantia da saúde de toda a população brasileira. Mais tarde em 1990 foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre o funcionamento e os preceitos do sistema, assim a população brasileira passou a ter direito ao acesso universal e gratuito à saúde. Desde setembro de 2000 o SUS é administrado de forma tripartite, sendo seus recursos repassados dos orçamentos da União, Estados e Municípios, e os gestores responsáveis pela administração desses recursos. Ao longo dos anos, o SUS conquistou avanços importantes como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que garante a população acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela OMS que estão disponíveis na rede pública. O SUS também possui o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo, além de oferecer assistência integral e gratuita para portadores de HIV e AIDS, pacientes com câncer, hanseníase, tuberculose e renais crônicos. A partir disso o SUS foi se reformulando, adotando programas com o intuito de garantir a saúde da população, como o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006, onde por meio de práticas integrativas de educação, prevenção, proteção e reabilitação se tornaram importantes meios para a implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (SES, 2015).

Mais tarde, em 2008 o Ministério da Saúde (MS) implantou por meio da portaria nº 154/2008 o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com o intuito de apoiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliando ações e aumentando a resolutividade da Atenção básica (AB). Através de uma abordagem multiprofissional o NASF-AB se estabelece em duas modalidades, sendo o NASF 1 composto por, no mínimo cinco profissionais e o NASF 2 por, no mínimo três profissionais que devem ser de nível superior e de ocupações não-coincidentes, podendo incluir ocupações como: Médico Psiquiatra; Médico Acupunturista; Farmacêutico; Profissional da Educação Física; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Assistente Social; Médico Pediatra; Nutricionista; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. Mais tarde em 2012 foi criado o

NASF 3 que garantiu que todo município com ESF possa ter NASF-AB (BRASIL, 2008; BRASIL 2012).

O fisioterapeuta inserido no NASF-AB além de ter importância fundamental para o planejamento e execução de ações preventivas, também está presente nas ações de promoção a saúde coletivas e/ou educacionais, atuando de maneira integrada a equipe para planejar, implementar, controlar e executar políticas, pesquisas, cursos, programas e eventos de saúde pública. Além disso, tem atribuições relacionadas a coletividade, visando à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: cultura, lazer, educação, esporte, trabalho, entre outras; (RODRIGUES, 2013; BRASIL, 2008).

Essas e outras intervenções só são possíveis de serem ofertadas aos usuários do SUS, através da Atenção Primária à Saúde (APS) que possibilita a inserção do fisioterapeuta enquanto profissional qualificado a garantir a saúde e qualidade de vida da população. Porém, para que ocorra o bom funcionamento dos serviços de saúde, é necessário uma boa gestão, que compactue com repasses de recursos de maneira adequada e equitativa. Visando alcançar essas metas, ao longo dos anos houve mudanças importantes no funcionamento da APS, como a atualização da vigente Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, que trouxe alguns retrocessos para o sistema.

Posteriormente a implantação da nova PNAB, em 2019 foi promulgado através da portaria nº 2.979 o programa “Previne Brasil”, visando substituir os critérios até então utilizados para financiar o custeio da APS no SUS. Este programa trouxe uma importante mudança no setor de financiamento do nosso sistema e consequentemente no seu funcionamento (BRASIL, 2019).

Logo após a criação do Previne Brasil, foi publicada a Nota Técnica (NT) nº 3 de 2020, que trata sobre o não credenciamento de equipes multiprofissionais do Nasf-AB, dando ao gestor municipal autonomia para definir os profissionais, a carga horária de trabalho e os arranjos de equipe da AB (BRASIL, 2020).

Com isso, fica a critério do gestor municipal definir o futuro desses profissionais na AB, podendo optar por mantê-los cadastrados como equipe NASF-AB, inseri-los de forma direta a ESF e equipes de Atenção Primária (eAP) ou vinculá-los restritamente ao estabelecimento de atenção primária sem integração a nenhuma equipe multiprofissional, eliminando o incentivo ao apoio matricial (BRASIL, 2020).

As mudanças de financiamento trazidas pelo Programa Previne Brasil, bem como a mudança da nova nota técnica, afetam diretamente a integralidade do sistema podendo ser uma barreira para a inserção do Fisioterapeuta no NASF-AB, enquanto profissional com formação clínica generalista consistente, com competência técnica e científica para dar pareceres junto a equipe interdisciplinar, contribuindo para a construção compartilhada das intervenções pedagógico terapêuticas na AB (COFFITO, 2007; NAVES, 2011).

Diante disso, compreendendo a grande importância do fisioterapeuta para a resolutividade da APS, torna-se imprescindível compreender quais as consequências impostas pelo programa “Previne Brasil” para a atuação do fisioterapeuta na APS, e as implicações para a Saúde Pública.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar os implicações do Programa “Previne Brasil” na atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender o contexto histórico e as principais mudanças no funcionamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil desde a sua criação;
- Compreender o programa “Previne Brasil” e os impactos desse novo modelo de financiamento o funcionamento da Atenção Primária à Saúde;
- Discorrer a respeito das atribuições e importância do fisioterapeuta na Atenção Primária a saúde;
- Analisar e descrever as implicações da Nota Técnica (NT) nº 3 de 2020 na atuação do fisioterapeuta na Atenção primária à Saúde e as consequências para a Saúde Pública.

3. METODOLOGIA/MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa para analisar e refletir sobre o impacto da NT nº 3 de 2020 e do Programa Previne Brasil para atuação do fisioterapeuta na APS, levando em consideração sua importância para a resolutividade do SUS. Trata-se de uma análise de publicações sobre o tema encontrados nas bases de dados bibliográficas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Inicialmente foi realizada uma revisão objetivando contextualizar a Atenção Primária no Brasil e as principais mudanças de funcionamento ao longo dos anos desde a sua criação. A discussão do trabalho se deu a partir de publicações que refletissem o impacto do programa “Previne Brasil” ao Sistema Único de Saúde e na atuação do fisioterapeuta na APS, bem como, as implicações para a saúde pública.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Atenção Primária à Saúde

As discussões sobre a necessidade de um modelo de APS, datam desde o início do século XX, tendo como referência o relatório Dawson que trouxe uma proposta histórica de reformulação do modelo de atenção à saúde da Inglaterra, ao qual estruturava-se os serviços de saúde baseados em seus níveis de complexidade, sendo o nível primário responsável por resolver a maior parte das demandas de todo o sistema, se tornando porta de entrada para o acesso a saúde. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Outro acontecimento fundamental para a construção da APS no mundo, se deu com a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978 em Alma Ata no Cazaquistão, tendo a premissa de colocar a APS como modelo determinante para impulsionar as mudanças necessárias que garantissem a saúde da população numa perspectiva interdisciplinar, propondo um modelo que definia saúde como um completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo e não apenas como ausência de doença, determinando ações mínimas para a construção da APS em todos os países adeptos (MATTA, 2005).

Embora as metas propostas na conferência de Alma Ata nunca tenham sido atingidas inteiramente, a APS conquistou destaque se tornando uma importante referência para as reformas sanitárias desenvolvidas em vários países entre os anos 80 e 90. No entanto, diversos países e organizações internacionais implantavam a APS em um contexto focado na atenção primária como ações de baixa complexidade voltadas para a população mais vulnerável e de baixa renda, com a perspectiva de erradicar a exclusão social e econômica instauradas pelo fortalecimento do capitalismo global, sendo contrário à ideia de universalidade e defesa da saúde como direito fundamental do cidadão (MATTOS, 2000).

No Brasil, algumas experiências que se aproximam de um modelo de APS, foram implantadas desde início do século XX, com os Centros de Saúde, instituídos em 1924, que se organizavam de modo a manter divididas ações curativas e preventivas, atuando também, na educação sanitária. Anos depois em 1940, surgiu o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que executou abordagens preventivas e terapêuticas com o foco em doenças infecciosas e associadas a vulnerabilidade social e econômica (MENDES, 2002).

Em 2006 instituiu-se a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil, conceituando os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, como sinônimos em âmbito nacional, sendo ambos caracterizados por abordagens multidisciplinares onde são executadas diversas ações de saúde individuais e coletivas, as quais abrangem: vigilância em saúde, prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, sendo desenvolvidas através de gestão qualificada e práticas de cuidado integrado, levando em consideração a população adscrita que está sob responsabilidade das equipes (BRASIL, 2006).

A APS constitui-se como porta de entrada para o SUS, sendo regida pelos princípios de: Equidade, Integralidade e Universalidade, e pelas diretrizes de: Primeiro contato, Resolutividade, Territorialização, Longitudinalidade, Cuidado centrado na pessoa, Participação da comunidade, População adscrita, Ordenação da rede, regionalização e Hierarquização (BRASIL, 2006). É importante que todos esses princípios e diretrizes sejam respeitados para que haja a garantia da qualidade do cuidado prestado e da efetividade da APS. (STARFIELD et al., 2001).

Compreendes-se como uma APS resolutiva, aquela capaz cognitivamente e tecnologicamente, de solucionar 90% das necessidades de saúde de sua determinada

população (MENDES, 2012). Porém, para que isso ocorra, se faz necessário um conjunto de medidas que olhem para além da queixa principal do indivíduo, considerando seus aspectos biopsicossociais de uma forma abrangente e multidisciplinar, não relacionada apenas a uma preocupação quantitativa, mas também com a qualidade do serviço prestado, para que haja a valorização dos usuários e uma real eficiência neste nível de atenção à saúde (MENDES, 2015).

4.2 Estratégia de Saúde da Família

Após a nova ordem social imposta na constituição de 1988, que definiu saúde como premissa básica para o exercício da cidadania e instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram tidas as primeiras experiências de APS no Brasil, que resultaram na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990, que tinha como objetivo realizar o mapeamento e diagnóstico de saúde da comunidade, além do desenvolvimento de ações para a proteção da saúde da mulher e da criança (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Mais tarde, em 1994 foi criada como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como foco a reformulação das antigas práticas biologicistas voltadas para a doença, sendo substituídas por novos princípios que abrangiam a participação da comunidade e a educação e promoção a saúde (MELO et al., 2018), olhando para o indivíduo como um todo, considerando suas condições de moradia, trabalho, suas relações com a família e com a comunidade (BRASIL, 2011). No PSF uma equipe de saúde da família (eSF) era composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011).

Nos anos subsequentes o PSF passou a ser aprimorado, sendo que em 2006 deixou de ser um programa, que indica tempo determinado, para se tornar uma estratégia que é permanente e contínua, resultando na Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo que constitui o atual principal mecanismo de implantação e expansão da APS no Brasil (OPAS, 2008).

A ESF realiza diversas ações, como o cadastramento do cidadão na APS que permite o reconhecimento da população adscrita, bem como a Unidade de Atenção primária e a equipe responsável, possibilitando o acompanhamento da população e o

planejamento de ações e serviços pelos gestores e profissionais encarregados (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

A Portaria nº 2.488 de outubro de 2011 estabelece a multidisciplinariedade da equipe de Saúde da Família (eSF) determinando que seja composta por no mínimo um médico da família ou médico generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, podendo ainda incluir profissionais de Saúde Bucal, sendo o número de profissionais determinado de acordo com a quantidade necessária para a cobertura de toda a população cadastrada. A ESF pode ser composto por 4 a 6 Agentes comunitários de saúde, onde cada agente é responsável por no máximo 750 indivíduos, sendo ainda, encarregados pelos cadastramentos domiciliares, além da execução de ações educativas e preventivas. Já as equipes de Saúde da Família são encarregadas de realizar visitas domiciliares, atendimentos no consultório pelo médico e enfermeiros além de ações programáticas. Foi determinado ainda a carga horária de 40h semanais para os profissionais de saúde da ESF, exceto para os médicos, que podem cumprir 8h em serviços de emergência (SANTOS; MELO, 2018).

A expansão da cobertura da APS no Brasil, sustentada pelo PSF e a subsequente ESF, levou a melhorias importantes nos resultados de saúde, sendo constatadas quedas consideráveis nas hospitalizações evitáveis e mortalidade infantil (PINTO, 2018).

4.3 Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção básica (NASF-AB)

Criado em 2008 o Núcleo de apoio a saúde da família (NASF) que posteriormente com as mudanças da PNAB 2017 passou a ser chamado Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) surge como um forte apoio as atividades desenvolvidas na ESF, de modo a integrar fortalecer e ampliar a abrangência das ações realizadas pelas equipes de saúde, contribuindo assim no enfrentamento de dois dos maiores desafios do SUS: integralidade e resolutividade (BARROS et al., 2015).

As equipes NASF-AB juntamente com as Equipes de Saúde da Família (EqSF) desenvolvem ações multidisciplinares que são imprescindíveis para atender a alta e diversificada demanda de necessidades dos usuários da APS, tornando-se mais

viável alcançar um real processo de cuidado de saúde ampliada (BRASIL, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

No NASF-AB a composição das equipes segue um arranjo multidisciplinar tendo o matriciamento como estratégia de ação, para garantir apoio ampliado as EqSF. A depender da necessidade de cada território, o número e o tipo de profissionais incluídos no NASF variam, sendo Fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais as categorias mais presentes na composição das equipes Nasf-AB (BRASIL, 2008; PINTO et al., 2012)

A estratégia do NASF-AB de matricular as demandas da APS, possibilita organizar e viabilizar o desenvolvimento do trabalho voltado para uma pessoa, família ou comunidade. Essa organização multidisciplinar permite que uma equipe seja a principal responsável por aquele usuário (individual ou coletivo) que demanda o cuidado; enquanto outra equipe ou profissional que não tenha contato direto com aquele determinado sujeito, possa participar do processo de cuidado a sua saúde, auxiliando na ampliação e compreensão do caso ou intervindo com possibilidades de melhora ou resolução do problema (FIGUEIREDO, 2008; BARROS et al., 2015)

O processo de trabalho interdisciplinar das equipes NASF-AB almeja o cuidado ampliado a saúde da população, podendo se desenvolver por meio de: discussões de casos clínicos e de assuntos relevantes para as equipes; visitas e atendimentos domiciliares compartilhados; criação de abordagens educativas e preventivas, entre outros. (BRASIL, 2010; SÃO PAULO, 2009)

Com tudo, o apoio prestado pelo NASF-AB as EqSF possibilita o desenvolvimento de ações compartilhadas que favorecem e potencializam o cuidado em saúde através de um processo contínuo e longitudinal que aumenta a resolutividade e integralidade na APS (BRASIL, 2011; CECÍLIO, 2006).

4.4 Atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária À Saúde

Na APS o fisioterapeuta é responsável pela realização de atendimentos individuais quando identificada a necessidade de uma avaliação ou abordagem específica a depender da demanda dos pacientes, bem como, atendimentos coletivos com o objetivo de abordar queixas e/ou disfunções frequentes na população atendida, de modo a organizar o fluxo de pacientes de acordo com as patologias, podendo ainda

esses atendimentos serem compartilhados com outros profissionais da equipe quando realizada a discussão interdisciplinar dos casos (BRASIL, 2016). Também é responsabilidade do fisioterapeuta juntamente com a equipe multiprofissional, realizar visitas domiciliares visando informar e orientar a população com agravos, bem como os familiares, cuidadores ou membros da equipe de saúde sobre manuseios, posicionamentos, transferências de leito e atividades de vida diária que impactam diretamente a saúde e qualidade de vida da população (MIRANDA, 2011). Ainda, fica a encargo do fisioterapeuta realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de próteses e órteses, além de encaminhamentos específicos feitos por outro nível de atenção à saúde (MARIANA et al., 2011).

Além disso o fisioterapeuta é um profissional capacitado a orientar de maneira preventiva e educativa sobre cuidados com a saúde da população, como por exemplo: orientar mães sobre técnicas para alívio de dores durante o período gestacional e puerperal, orientar e treinar idosos quanto aos riscos ambientais e domiciliares a quedas e fraturas, orientar pais e cuidadores sobre o desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança podendo identificar atrasos e distúrbios precocemente, além de orientações sobre o cuidado de crianças, adultos e idosos com afecções respiratórias agudas e crônicas. (LOURES, 2010; DELAI, 2011; CRUZ et al., 2010).

Essas intervenções são de caráter amplo e intersetorial, pautadas na demanda da população adscrita, podendo ser realizadas de maneira individual ou em grupos dentro da unidade básica de saúde, ou até mesmo através de intervenções domiciliares. Além disso, na atenção primária o fisioterapeuta tem importante participação na supervisão e execução da aplicação de métodos e técnicas de promoção à saúde integral da população, bem como na investigação epidemiológica (CUSTÓDIO et al., 2007; PAULA et al., 2009; PROTES et al., 2011).

Com tudo, na atenção básica o fisioterapeuta atua de maneira a reforçar o apoio matricial, tendo competência técnica e científica para dar pareceres junto a equipe interdisciplinar, contribuindo para a construção compartilhada das intervenções pedagógico terapêuticas (MAIA et al., 2013).

4.5 Histórico das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica

Embora já conhecida a importância da APS, somente em 2006 foi publicada a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), se tornando um marco legal, que iniciou uma importante e necessária discussão sobre a organização e funcionamento do sistema de saúde em redes de atenção e instituiu a missão da APS em âmbito nacional, ampliando o escopo e a concepção da AB. A PNAB 2006 reitera a ESF como primordial para a reestruturação da APS, dispondo sobre a composição das equipes de saúde, as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a organização do trabalho, as responsabilidades de cada categoria profissional e o financiamento do sistema (BRASIL, 2006). A primeira edição da PNAB, também apresentava os atributos da APS sugeridos por Barbara Starfield, sendo estes: integralidade, Longitudinalidade, primeiro contato, coordenação, orientação para a comunidade, competência cultural e centralidade na família (STARFIELD, 2002).

Vista a necessidade de uma reformulação, a PNAB passou por sua primeira revisão em 2011. Embora tenha mantido as diretrizes da versão anterior, esta nova edição trouxe algumas inclusões importantes para potencializar a resolutividade da atenção à saúde, como: a flexibilização da carga horária médica, a criação das equipes de Consultório na Rua (CnR), Academia de Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE), além da importante implantação do NASF como apoio a ESF (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Posteriormente a segunda edição da PNAB, foram criadas algumas iniciativas que juntas se caracterizam-se como “catalizadores na implementação da PNAB”, sendo estes, o Instrumento de Avaliação da APS (PCATool), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o Requalifica UBS, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), e o Programa Mais Médicos (PMM), tendo como objetivo geral: avaliar o serviço prestado, qualificar o processo de trabalho e a estruturação física, por meio de propostas educacionais, integração e fixação de profissionais (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, nela os termos AB e APS passam a ser equivalentes em território nacional, sendo ambos regidos pelos mesmos princípios e diretrizes e caracterizados por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que integram, prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, redução de danos, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e Vigilância em saúde,

sendo desenvolvida com base em gestão qualificada e ações de cuidado integrado, por meio de uma equipe multidisciplinar responsável pela população em seu determinado território (BRASIL, 2012).

Embora a ESF continue sendo prioritária para implantação e expansão da AB no Brasil, a vigente PNAB 2017 passou a considerar, financeiramente, outros modelos de organização da AB não direcionados a saúde da família, além de determinar um valor inferior para o financiamento das novas equipes de atenção básica (eAB). Desta forma, a gestão municipal poderá estruturar a composição das equipes de AB, considerando as necessidades locais, sendo minimamente compostas por médicos, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e enfermeiros (BRASIL, 2019).

Além disso, a PNAB 2017 estabeleceu a não obrigatoriedade do cumprimento da carga horária de 40 horas para médicos e demais profissionais da ESF, passando a aceitar também, a inclusão de um Gerente de Atenção Básica com o intuito de favorecer a qualificação e o aprimoramento do trabalho nas UBS, sendo que a integração deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, a depender da cobertura de AB e a demanda daquele território. Outra mudança importante, foi a nova nomenclatura adota para o NASF que passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), por propor que as equipes multiprofissionais passem a integrar não apenas as equipes de saúde da família, mas também as equipes “tradicionais” de AB. Outra nova medida foi a possibilidade do Agente de Combates a Endemias (ACE) compor a equipe de AB, tendo o objetivo de ampliar o atendimento e cuidado prestado à população (PEREIRA; PÍCOLI; CAZOLA, 2020).

4.6 Programa Previne Brasil

No Brasil, desde a criação do SUS tivemos avanços ao longo da história no que diz respeito ao financiamento da AB. Em 6 de novembro de 1996 foi instituída a Norma Operacional Básica (NOB) responsável pela descentralização do financiamento da saúde pública, atribuindo competências para municípios, estados e União ampliando as transferências fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas (BRASIL, 1997).

Esta norma ainda foi responsável por instituir o Piso de Atenção Básica (PAB) que estabelecia que o repasse de recursos para a manutenção custeio e financiamento da Atenção Primária à Saúde fosse feito com base em um valor per

capita, sendo composto pelos PAB Fixo e PAB Variável. O PAB fixo, realizava as transferências de seus recursos mensalmente e de forma regular com base em alguns critérios específicos como classificação dos municípios de acordo com seu PIB per capita, quantidade de famílias em extrema pobreza ou registradas no programa assistencial Bolsa Família, densidade demográfica e percentual da população com Plano de Saúde. Já o PAB variável focava na adesão de municípios à programas específicos como o extinto Programa de Saúde da Família (PSF), agora nomeado como ESF, ações básicas da vigilância sanitária e o Programa de Combate as Carências Nutricionais (PCCN) (BRASIL, 1996).

Em 2001 foi realizada a primeira alteração orçamentária na APS através da NOB1/2001 que garantia a gestão irrestrita da Atenção Básica expandindo suas responsabilidades assistenciais e estabelecendo a PAB Ampliado que posteriormente acabou sendo inserido ao PAB fixo (BRASIL, 2001).

Anos depois, em 28 de dezembro de 2017 a Portaria nº 3.992 promoveu mudanças importantes na organização e transferências de recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde que passaram a ser feitos na modalidade fundo a fundo por meio de apenas dois blocos, O Bloco de Custeio onde recursos financeiros seriam destinados as ações e serviços públicos de saúde já implantados e o Bloco de Investimento do qual os recursos financeiros seriam atribuídos a estruturação e ampliação da oferta de ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2017).

Apesar da evolução quanto ao financiamento desde a criação do SUS, planejar o financiamento da saúde pública de forma a possibilitar a arrecadação e repasses adequados garantindo a integralidade e universalidade do sistema, se mantém como um grande desafio. Em 2019 a implementação do Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento federal, implicou em algumas mudanças importantes em relação aos repasses das transferências para os municípios que passam a seguir três critérios primordiais: O primeiro deles é a capitação ponderada, onde a remuneração é calculada de acordo com o número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes da ESF além de considerar fatores de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica do município (BRASIL, 2019). O segundo critério é o Pagamento por desempenho, que leva em consideração a avaliação e monitorização de diversos indicadores no trabalho das equipes ESF/eAP, como por exemplo: Quantidade de gestantes com no mínimo seis consultas pré-natal

realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, proporção de indivíduos hipertensos com pressão arterial aferida em cada semestre, Ações relacionadas ao câncer de mama, cobertura vacinal de poliomielite e ações odontológicas, recebendo mais recursos os municípios que cumprirem as metas e obtiverem melhor performance (BRASIL, 2019).

O terceiro critério é o Incentivo para ações estratégicas, que contempla a implementação de programas, ações e estratégias específicas como por exemplo: Equipe de Saúde Bucal (eSB), Programa Saúde na Escola (PSE), Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo a depender da necessidade do município ou território (BRASIL, 2019).

Baseado na análise da nova política, infere-se a possibilidade de consequências restritivas para a APS, que interferem diretamente na universalidade do sistema, contribuindo para uma distorção no financiamento e focalização de ações, podendo causar um grande retrocesso para a saúde pública no Brasil, referente as conquistas alcançadas na redução da desigualdade em saúde (MELO et al., 2019).

4.7 Nota Técnica (NT) n° 3 de 2020

Advinda do novo modelo de financiamento da APS que foi instituído pelo Programa Previne Brasil, a Nota Técnica (NT) n° 3 de 2020 dispõem sobre alguns instrumentos normativos que foram revogados, como os que definem os parâmetros e custeio do NASF-AB.

As mudanças impostas sugerem a desvinculação das equipes multiprofissionais do NAS-AB, dando ao gestor municipal a autonomia para compor a seu critério os arranjos de equipe, os profissionais e a carga horária de trabalho, podendo cadastrá-los diretamente nas equipes de Atenção Primária (eAP) ou equipes de Saúde da Família (eSF) de modo a ampliar sua composição mínima de profissionais. Além disso, poderá manter o cadastro dos profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como equipe NASF-AB ou cadastrá-los somente em determinado estabelecimento de atenção primária sem que haja vinculação a alguma equipe (CONASEMS, 2020).

A revogação imposta pelas normativas estabeleceram ainda, que a partir de janeiro de 2020, não seriam mais realizadas o credenciamento de novas equipes

NASF-AB pelo Ministério da Saúde (MS), sendo arquivadas as solicitações existentes até aquele momento (ANS, 2020).

Assim, a Nota Técnica tem sido implementada gradualmente pelos municípios desde sua criação, e caso o gestor municipal opte pela permanência dos profissionais, será necessário definir se os manterão inseridos a equipe NASF-AB ainda existente, se os vincularão diretamente as equipes de Saúde da família (eSF) ou apenas os manterão cadastrados em uma Unidade básica de saúde (UBS) (PAULINO et al., 2021).

5. DISCUSSÃO

As mudanças no financiamento da APS imposta pela portaria nº 2.979/19 foram apoiadas por organizações importantes como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que destaca o novo modelo como uma proposta estratégica e necessária, pautada nos atributos essenciais da AB e baseada em padrões de financiamento que são adotadas em países com sistema de saúde universal (SBMFC, 2019).

Entretanto, os dados e informações observados desde a criação do NASF em 2008 demonstram para sua grande importância ao nosso Sistema e população. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) trazem a avaliação do NASF trazem indicadores importantes da APS. A chegada de novas categorias profissionais com a criação do NASF, antes não presentes neste ponto de atenção, melhoram a resposta à demanda reprimida, uma vez que os profissionais discutem estratégias com essas equipes, evitando a superlotação da Atenção Secundária através de ações centradas no usuário e com base em discussões de casos, e não encaminhamentos (BRASIL, 2014). A média nos últimos anos foram 50 atendimentos individuais específicos/profissional/mês. (BRASIL, 2020).

Outros dados importantes estão relacionados ao atendimento domiciliar com 12 atendimentos domiciliares/profissional/mês. A atenção domiciliar realizada por profissionais do NASF à população cadastrada pelas equipes de saúde da família se caracteriza tanto como recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso

terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal dos usuários, indo ao encontro dos atributos determinados para a APS (BRASIL, 2020).

Os atendimentos compartilhados também são atividades desenvolvidas pelo NASF no território. Este atendimento, considerado compartilhado e interdisciplinar, serve a vários propósitos: fortalecer o vínculo preexistente de confiança do usuário com a equipe de Saúde da Família; facilitar a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador; permitir a pactuação de ações por meio de um mediador externo e possibilitar ao apoiador contato com a realidade do usuário sem a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica inédita. O parâmetro é 12 atendimentos compartilhados/profissional/mês (BRASIL, 2020).

Além disso, os atendimentos em grupo foram ampliados desde a criação do NASF com parâmetro de 08 atendimentos em grupo/profissional/mês. Esses atendimentos possibilitam a ampliação da capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, bem como amplia as ofertas/ações de saúde na AB (BRASIL, 2020).

Nessa perspectiva, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) afirma que essas mudanças podem ter um impacto negativo, afetando profundamente a APS no Brasil, sendo extremamente necessária a ampliação de debates e discursões mais abrangentes que envolvam conselhos, entidades, instituições acadêmicas e sociedade civil (ABRASCO, 2019).

Sobre a Nota Técnica (NT) nº 3 de 2020, Paulino et al. (2021) enfatiza que a autonomia dada ao gestor municipal para compor da sua maneira a equipe de atenção básica, é um dos benefícios que justificam a exclusão do NASF, porém tal argumento não se sustenta, hora que ele já possuía independência para definir os profissionais, bem como sua carga horária de trabalho. O autor ainda afirma que tal argumento não é viável para justificar a exclusão do NASF, tendo em mente que a construção das estratégias de saúde, devem ser pensadas para garantir a resolutividade das necessidades da população atendida e não configurada para favorecer e facilitar a gestão (PAULINO et al., 2021)

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) defende a existência do NASF-AB ressaltando os dados do Ministério da Saúde que indicam a existência de 67.766 fisioterapeutas inseridos no SUS em 2019, onde deste total 7.324 atuam diretamente no NASF. O conselho ainda enfatiza os dados referentes ao crescimento de 45% no quantitativo de fisioterapeutas atuantes no sistema público de

saúde, entre os anos de 2016 a 2019 o que reforça a importância dos atendimentos prestados à população e os prováveis impactos que podem surgir em caso de não prestação de serviços (COFFITO, 2020).

Assim, segundo o COFFITO e Naves, as mudanças no financiamento impostas pelo Programa Previne Brasil, bem como as mudanças da nova nota técnica, afetam diretamente a integralidade do sistema podendo ser uma barreira para a inserção do Fisioterapeuta no NASF-AB, enquanto profissional com formação clínica generalista consistente, estando apto a não apenas tratar e reabilitar, mas também prevenir distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas, na educação e promoção à saúde, bem como na referência e contrarreferência, podendo atuar em todos os níveis de atenção à saúde (COFFITO, 2007; NAVES, 2011).

Nesta mesma perspectiva, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região (CREFITO-3) afirma se tratar de um retrocesso para AB, por precarizar a oferta de serviços acessíveis à população, tais como atendimento domiciliar, grupos terapêuticos, entre outros serviços prestados pelo fisioterapeuta na APS (CREFITO-3, 2020).

Neuwald e Alvarenga, afirmam que mesmo sendo habilitado a atuar de maneira preventiva, a inserção do fisioterapeuta na rede pública, muitas vezes, sofre influência de seu estereótipo reabilitador sendo negligenciada sua extrema importância nos programas de atenção básica para intervenções na saúde da população (Neuwald e Alvarenga, 2005).

De acordo com o Centro Brasileiro de estudos em saúde (CEBES) A indução financeira por parte do MS é o instrumento que possibilita a construção das políticas de saúde no SUS, de modo que ao eliminar o incentivo financeiro específico a um determinado tipo de equipe, o mesmo é sinalizado como irrelevante, principalmente ao estabelecer pagamento por desempenho em indicadores que não se relacionam diretamente a atuação de outros profissionais de saúde que não estão inseridos a equipe mínima da AB que é composta por médico e enfermeiro, sendo já reconhecido como um modelo insuficiente para a garantia da resolutividade na APS (CEBES, 2020).

Ademais, a exclusão do NASF-AB é contrária a ideia de saúde ampliada, fundamentada na interdisciplinaridade e no apoio matricial. De acordo com Horst e Orzechowski o cuidado interdisciplinar possibilita um atendimento pautado na especificidade, integralidade e qualidade da saúde da população, alcançando

resultados positivos por não focar apenas no tratamento de sua queixa, mas por ter uma abordagem humanizada, resgatando a atenção integral e procurando resolver também suas necessidades subjetivas com um olhar amplo e biopsicossocial (ORZECOWSKI, 2017).

Contudo, é indiscutível que o Nasf-AB desde a sua criação, possibilitou uma melhora substancial no cuidado ampliado a saúde, graças a inclusão de diversos profissionais, sendo o fisioterapeuta visto como essencial para a busca da prevenção da doença e promoção da saúde, indo ao encontro com os princípios do SUS.

6. CONCLUSÃO

As mudanças impostas pelo novo modelo de financiamento do SUS o “Programa Previne Brasil” e a consequente implantação da Nota Técnica (NT) nº 3 de 2020 criaram barreiras que impossibilitam a ESF de atender as complexas demandas que chegam na AB. Essas mudanças dificultam o acesso da população a categorias profissionais, que antes da implantação do NASF-AB, eram encontradas apenas na Atenção Secundária à Saúde, onde atuavam sobrecarregadas e com objetivos diferentes dos estabelecidos pela Atenção Básica. Diante disso, as consequências impostas para a atuação do fisioterapeuta na APS são impactantes, visto que, baseado em evidências clínicas, contribui para o cuidado ampliado à saúde na Atenção básica, intervindo diretamente nas práticas de prevenção de agravos, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação, sendo fundamental para a construção de um cuidado de saúde amplo e integral, colaborando para o alcance da resolutividade na APS. Assim, se torna necessário ampliar o acesso e qualidade da Atenção Básica, avançando para o planejamento de formas de financiamento pautadas no acolhimento dos usuários em sua integralidade, priorizando ações compartilhadas e interdisciplinares, focadas na garantia da saúde como direito de todos os cidadãos, sem que haja retrocessos e prejuízos que afetem profissionais e usuários, preconizando as normativas legais e respeitando os princípios e diretrizes do SUS. Contudo, as discussões sobre as implicações destas mudanças para o fisioterapeuta e para a AB, ainda são recentes, sendo necessária a ampliação de publicações que discorram sobre tema.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nota Técnica nº 3/2020. 30 de março de 2020. [acessado 2021 out 15]. Disponível em:
http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Nota_T%C3%A9cnica_3.pdf

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde. [acessado 2021 Set 5]. Disponível em:
<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-abrasco-sobre-as-propostas-de-mudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/43010/>

Aveiro, Mariana Chaves et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700082>. Acesso em: 27maio 2021

BARROS, J. DA O. et al. Estratégia do apoio matricial: A experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2847–2856, 2015.

BARROS, J. DA O. et al. Estratégia do apoio matricial: A experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2847–2856, 2015.

BARROS, J. DA O. et al. Estratégia do apoio matricial: A experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2847–2856, 2015.

BRASIL Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Política Nacional de Atenção Básica Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde Brasília Ministério da Saúde, 2006

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Dulce Helena Chiaverini, organizadora. Brasília: MS; 2011. [acessado 2021 set 8]. Disponível em:
<http://issuu.com/luisfernandotofoli/docs/guia-pratico-de-matriciamiento-em-saudemental>

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. Brasília: MS; 2009 [acessado 2021 set 7]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as DiretrizeS Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS; 2008. (Primary Care Assessment Tool. PCATool-Brasil).

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: MS; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 24 out.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; 8 abr.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n. 27. Brasília: MS; 2009.

[acessado 2021 set 8]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.

Acesso em: 18abril. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da AB no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 02maio. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I. [acessado 2021 set 10] Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em 05/outubro/2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-PrevineBrasil.pdf>. Acesso em: 02maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Financiamento da Atenção Primária à Saúde /Capitação ponderada. Esplanada dos Ministérios, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/capitacaoponderada/>. Acesso em: 16maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Financiamento da Atenção Primária à Saúde /Pagamento por Desempenho. Esplanada dos Ministérios, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/capitacaoponderada/>. Acesso em: 25maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Financiamento da Atenção Primária à Saúde / Incentivos para ações estratégicas. Esplanada dos Ministérios, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/capitacaoponderada/>. Acesso em: 26maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Estratégia Saúde da Família (ESF). Brasília, 2019.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, 06 de novembro de 1996. Dispõe sobre a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 1996; 5 nov.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do sistema único de saúde. Diário Oficial da União 2017; dez.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOASSUS 01/2001. Diário Oficial da União 2001; 26 jan.

Cecílio L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2006. p. 115-128.

COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO. Fisioterapia/definição. [Internet]. 2007. Disponível em: www.coffito.org.br. Acesso em 17maio. 2021.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITTO). COFFITO defende existência do NASF. 06 de fevereiro de 2020. [acessado 2021 Dez 5] Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15683>

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. 2020 [Nota técnica n.3/2020]. [acessado 2021 out 15]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/nucleo-ampliado-de-saude-da-familia-e-atencao-basica-nasf-ab-e-programa-previne-brasil/>

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região (CREFITO-3). Secretaria da Saúde de São Paulo orienta manutenção dos serviços da Atenção Básica. 20 de fevereiro de 2020. [acessado 2021 Set 5] Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/dsn/noticias.asp?codnot=7737>

CRUZ, T.S.; RODRIGUES, F.; BELETTINI, N.P.; CERETTA, L.B.; COELHO, B.L.P.; TUON, L. Diagnóstico de Saúde e Atuação do Fisioterapeuta nas Unidades Básicas de Saúde. Fisioterapia Brasil, vol. 11, p. 439-444, 2010.

Custódio LC, Oliveira BWA, Neto CDM, Moraes FAP, Moura RAA. Contribuições da fisioterapia para a promoção de saúde do cuidador informal. Rev APS. 2007; 10(1):81-3.

DE SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Family health program in brazil: An incomplete agenda? Ciencia e Saude Coletiva, v. 14, n. SUPPL. 1, p. 1325–1335, 2009.

DE SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Family health program in brazil: An incomplete agenda? Ciencia e Saude Coletiva, v. 14, n. SUPPL. 1, p. 1325–1335, 2009.

DE SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Family health program in brazil: An incomplete agenda? Ciencia e Saude Coletiva, v. 14, n. SUPPL. 1, p. 1325–1335, 2009.

DELAI, K.D.; WISNIEWSKI, M.S.W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, vol.16, p.1515-1523, 2011(Suplemento 1).

Estratégia de Saúde da Família. Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. São Paulo; 2009. [acessado 2021 set 8]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. Saude Debate 2008; 32 (78-80):143-149.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc Saúde Colet. 2010 maio; 15(5):2307-2316.

- LEVY, F. M.; MATOS, P. E. DE S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 197–203, 2004.
- LOURES, Lilianny Fontes; SILVA, Maria Cecília de Souza. 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, Jul. 2010.
- Maia FES, Castro CHA. Levantando uma discussão do ponto de vista da fisioterapia sobre o CRAS Hilda Brasil Leite, localizado na cidade Mossoró/RN. *Rev Fisioter Saúde Func.* 2013;2(2):34-9.
- MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho Educação e Saúde*, 3(2) p. 371-396, 2005.
- MATTOS, R. A. Desenvolvendo e Ofertando Idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.
- MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018.
- MELO, E. A. et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe5, p. 137–144, 2019.
- MENDES EV. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Brasília, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MIRANDA, F.A.C. Fisioterapia na atenção básica (dissertação): uma proposta de apoio. Orientador: Josimari Telino de Lacerda. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, SC, 2011.
- Naves CR, Brick VS. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1525-1534.
- Neuwlad MF, Alvarenga LF. Fisioterapia e Educação em Saúde: Investigando um serviço ambulatorial do SUS. *Bol Saúde*. 2005;19(2):74-81.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.
- Paula RF, Fonseca LN, Oliva WB, Gonçalves AP, Pires BBC, Teixeira FF, et al. Fisioterapia na comunidade: Saúde da Família, novos desafios e desenvolvimento das ações no trabalho multiprofissional. *Rev Multidiscip Fac Integr Pitágoras*. 2009;1(7):64-70.

PAULINO, K. C. et al. Reflexões Sobre O Novo Financiamento Da Atenção Básica E As Práticas Multiprofissionais / Reflections on the New Financing of Basic Care and Multiprofessional Practices. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 1, p. 5362–5372, 2021.

PAULINO, K. C. et al. Reflexões Sobre O Novo Financiamento Da Atenção Básica E As Práticas Multiprofissionais / Reflections on the New Financing of Basic Care and Multiprofessional Practices. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 1, p. 5362–5372, 2021.

PAULINO, K. C. et al. Reflexões Sobre O Novo Financiamento Da Atenção Básica E As Práticas Multiprofissionais / Reflections on the New Financing of Basic Care and Multiprofessional Practices. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 1, p. 5362–5372, 2021.

PAULINO, K. C. et al. Reflexões Sobre O Novo Financiamento Da Atenção Básica E As Práticas Multiprofissionais / Reflections on the New Financing of Basic Care and Multiprofessional Practices. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 1, p. 5362–5372, 2021.

PEREIRA, G. DE A.; PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. DE O. Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2017. Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saúde do Brasil, v. 30, n. 1, p. e2019500, 2020.

Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). Cien Saude Colet. 2018.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciencia e Saude Coletiva, v. 17, n. 3, p. 653–660, 2012.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciencia e Saude Coletiva, v. 17, n. 3, p. 653–660, 2012.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciencia e Saude Coletiva, v. 17, n. 3, p. 653–660, 2012.

Protes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. Rev APS. 2011;14(1):111-9.

REIS, Sílvia. MENESES, Sara. CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2021. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>. Acesso em: 06 set. 2021.

Rodrigues F, Bitencourt LTG. Atuação da Fisioterapia no Programa de Residência Multiprofissional. Rev Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família. 2013; 1:42-52.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2010.

SANTOS, J. C.; MELO, W. Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 11, n. 1, p. 79–98, 2018.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES). SUS: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil. Portal Brasil. 23 de junho de 2015. [acessado 2021 Dez 2]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/cidadao/banco-de-noticias/story/7152-sus-27-anos-transformando-a-historia-da-saude-no-brasil>

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*, v. 50, n. 2, p. 161–175, 2001.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Nota da SBMFC sobre nova política de financiamento da atenção primária à saúde – Programa Previne Brasil. 28 de novembro de 2019. [acessado 2021 Set 5]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-sobre-nova-politica-de-financiamento/>

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Brasília: UNESCO, Brasil. Ministério da Saúde ed.; 2002.