

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MUDANÇA SOCIAL E
PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

JAQUELINE FEITOZA DE ARAÚJO ZANOBI

**Atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, um estudo de caso em uma
escola de educação infantil no município de Araras**

São Paulo

2023

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MUDANÇA SOCIAL E
PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

JAQUELINE FEITOZA DE ARAÚJO ZANOBI

**Atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, um estudo de caso em uma
escola de educação infantil no município de Araras**

Dissertação (versão corrigida) apresentada à
Escola de Artes, Ciências e Humanidades da
Universidade de São Paulo como requisito
para obtenção do título de Mestre em
Ciências pelo Programa de Pós-graduação
em Mudança Social e Participação Política

Área de Concentração: Políticas Públicas e
Gestão Participativa

Orientador: Prof. Dr. Douglas Roque
Andrade

São Paulo

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Artes,
Ciências e Humanidades, com os
dados inseridos pelo(a) autor(a)

Brenda Fontes Malheiros de Castro CRB 8-7012; Sandra Tokarevicz CRB 8-4936

Feitoza de Araújo Zanobi, Jaqueline Atuação do
fisioterapeuta na atenção primária à saúde, um
estudo de caso em uma escola de educação infantil
no município de Araras / Jaqueline Feitoza de
Araújo Zanobi; orientador, Douglas Roque Andrade. -
- São Paulo, 2023.

231 p: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-
Graduação em Mudança Social e Participação Política,
Escola de Artes, Ciências e Humanidades,
Universidade de São Paulo, 2023.

Versão corrigida

1. Fisioterapia. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Creche. I. Andrade, Douglas Roque, orient. II.

Título.

ZANOBI, J. F. A. Atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, um estudo de caso em uma escola de educação infantil no município de Araras. Dissertação (Mestrado em Mudança Social e Participação Política), Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Aprovado em: 12/04/2023

Banca Examinadora

Profa. Dra. Elizabete Franco Cruz (presidente)

Instituição: Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH – USP)

Julgamento: Aprovada

Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM – USP)

Julgamento: Aprovada

Prof. Dra. Ana Carolina Basso Schmitt

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM – USP)

Julgamento: Aprovada

Dedicatória

A Deus, pela possibilidade da vida, força e fé para continuar nesta jornada de estudos, trabalho, maternidade, esposa e responsável pelos cuidados do lar.

Aos meus pais, José e Ana, por todo o apoio incondicional, por possibilitar ser quem eu sou, e por me ensinar os princípios e valores da vida.

Ao meu esposo Gustavo por todo o apoio e incentivo desde as viagens para participar das aulas, estudos diários, pesquisa de campo e mais estudos para chegar até esse momento. Obrigado pela parceria e todo o apoio aos cuidados com nosso filho, pois foram essenciais para que tudo ocorresse nas melhores condições.

Ao meu filho Samuel, que desde pequeno me apoiou e foi meu estímulo para dedicar aos estudos e a pesquisa.

Obrigado por tanto, amo todos vocês!

Agradecimentos

A meu orientador Prof. Dr. Douglas Roque Andrade, por toda a paciência, compreensão, incentivo e aprendizagem no processo do mestrado.

Aos meus tios, Izaac e Paulo, por me guiar para as aulas na universidade, no deslocamento de Araras à São Paulo.

Aos professores que tive a oportunidade de conhecer e adquirir aprendizado nas disciplinas, como o Prof. Dr. Douglas Roque Andrade, Profa. Dra. Sílvia Helena Zanirato, Prof. Dr. Marco Antônio Bettine de Almeida, Prof. Dr. Sidnei Raimundo, Profa. Dra. Claudia Medeiros de Castro, Profa. Dra. Elizabete Franco Cruz, Profa. Dra. Maria Eliza Mattosinho Bernardes e Prof. Dr. Diamantino Pereira. Vocês foram essenciais para minha formação pessoal e profissional.

À banca de qualificação, Profa. Dra. Elizabete Franco Cruz e Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha, obrigado pelo cuidado, carinho e pelas contribuições ao projeto de pesquisa.

À Escola de Artes, Ciências e Humanidades – USP, por ter possibilitado a minha vivência na pós-graduação.

As minhas coordenadoras da Fundação Hermínio Ometto, Profa. Dra. Cristina Aparecida Veloso Guedes e Ma. Paula Lumy da Silva, pelo apoio e incentivo ao ingressar no mestrado.

Aos meus colegas de trabalho e amigos que apoiaram e incentivaram nesta jornada na pós-graduação.

A todos que contribuíram para minha trajetória profissional e pessoal.

Gratidão!

RESUMO

ZANOBI, J. F. A. **Atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, um estudo de caso em uma escola de educação infantil no município de Araras**. Dissertação (Mestrado em Mudança Social e Participação Política), Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

A criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), apresenta como proposta as atividades nas Escolas Promotoras de Saúde, com ações para a alimentação saudável, práticas corporais e atividade física regular em consonância com o PSE (2007), que tem como objetivo a integralidade do cuidado em âmbito escolar e/ou na unidade básica de saúde, visando ações de prevenção e promoção a saúde, avaliação clínica e biopsicossocial e educação permanente aos profissionais de saúde, educação e jovens. No entanto, em 2019 pela portaria 2.979, o Programa Previne Brasil desvinculou as equipes multiprofissionais ao modelo do Núcleo Ampliado a Saúde da Família, com a organização, composição das equipes profissionais, atuação profissional e financiamento a cargo da gestão municipal e secretaria de saúde. Os cuidados em saúde da criança passam, necessariamente, pelas políticas específicas e intersetoriais, que são responsáveis por garantir ações de promoção a um desenvolvimento infantil adequado em todos os seus aspectos, neste contexto a comunicação, bem com o desenvolvimento de ações entre os setores saúde e educação são fundamentais, a fim de alcançar o pleno desenvolvimento. O modelo integral envolve o contexto de vida, das famílias, do território em que reside, da assistência em saúde que o cerca, sendo imprescindível o acompanhamento de profissionais da saúde nesta primeira infância. Dentre estes, o Fisioterapeuta atua na APS, desenvolvendo ações interdisciplinares e intersetoriais, com objetivo equitativo e integral as demandas na primeira infância. O objetivo da pesquisa é descrever o papel do profissional Fisioterapeuta na atenção primária à saúde em uma escola de educação infantil do município de Araras. A pesquisa teve uma abordagem quantitativa e qualitativa, caracterizada por um estudo de caso do tipo descritivo, exploratório, transversal, com aplicação de roteiros de entrevistas a 33 profissionais da educação da EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”, 18 familiares dos alunos da escola e 11 profissionais da saúde da UBS “Antônio Carlos Fabrício” da área adstrita. Foram observados como resultados que o fisioterapeuta é (re)conhecido como profissional que atua no campo da reabilitação e recuperação da saúde e ações de educação em saúde. Na APS prevalece a atuação do fisioterapeuta na prevenção terciária, no entanto, sobre a atuação em escolas relataram desenvolver ações de prevenção de agravos à saúde e promoção da saúde, com atuação semelhante ao profissional de Educação Física. Em ambos os locais (APS e escola), o desconhecimento do fisioterapeuta foram relatados por entrevistadas dos três públicos entrevistados (profissionais da UBS, EMEI e familiares). Considera-se então que o fisioterapeuta é um profissional com atuação no campo da reabilitação e recuperação de saúde, no entanto, com poucas ações na prevenção de agravos e promoção da saúde na APS, creches e escolas públicas.

Palavras-chaves: Fisioterapia. Atenção Primária à Saúde. Creche.

ABSTRACT

ZANOBI, J. F. A. **Performance of the physiotherapist in primary health care, a case study at an early childhood education school in the municipality of Araras.** Dissertation (Master in Social Change and Political Participation), School of Arts, Sciences and Humanities, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2023.

The creation of the National Policy for Health Promotion (2006), proposes activities in Health Promoting Schools, with actions for healthy eating, body practices and regular physical activity in line with the PSE (2007), which aims to the integrality of care in the school environment and/or in the basic health unit, aiming at prevention and health promotion actions, clinical and biopsychosocial evaluation and permanent education for health professionals, education and young people. However, in 2019, by decree 2,979, the Previne Brasil Program unlinked the multidisciplinary teams to the model of the Expanded Center for Family Health, with the organization, composition of professional teams, professional performance and financing being the responsibility of municipal management and the health department. Child health care necessarily involves specific and intersectoral policies, which are responsible for ensuring actions to promote adequate child development in all its aspects, in this context communication, as well as the development of actions between the health sectors and education are fundamental in order to achieve full development. The integral model involves the context of life, of families, of the territory in which they live, of the health care that surrounds them, being essential the follow-up of health professionals in this early childhood. Among these, the Physical Therapist works in PHC, developing interdisciplinary and intersectoral actions, with an equitable objective and integral to the demands in early childhood. The objective of the research is to describe the role of the professional physiotherapist in primary health care in a kindergarten in the municipality of Araras. The research had a quantitative and qualitative approach, characterized by a descriptive, exploratory, cross-sectional case study, with the application of interview scripts to 33 education professionals from EMEI "Professor Paulo Roland Lordello", 18 family members of the school's students and 11 health professionals from the UBS "Antônio Carlos Fabrício" from the assigned area. As a result, it was observed that the physiotherapist is (re)known as a professional who works in the field of health rehabilitation and recovery and health education actions. In PHC, the role of the physiotherapist in tertiary prevention prevails, however, regarding the work in schools, they reported developing actions to prevent health problems and promote health, with a similar role to the Physical Education professional. In both places (PHC and school), the physiotherapist's lack of knowledge was reported by interviewees from the three interviewed audiences (UBS professionals, EMEI and family members). It is then considered that the physiotherapist is a professional working in the field of rehabilitation and health recovery, however, with few actions in the prevention of injuries and health promotion in PHC, day care centers and public schools.

Keywords: Physiotherapy. Primary Health Care. Nursery.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População de crianças e número de escolas na educação infantil	26
Tabela 2. Competências e ações concernentes aos diferentes níveis de governo	35
Tabela 3. Idade, tempo de trabalho dos funcionários na APS e Unidade Básica de Saúde (UBS) “Antônio Carlos Fabrício”, Araras – 2021	98
Tabela 4. Sexo, função e vínculo de trabalho dos funcionários da Unidade Básica de Saúde (UBS) “Antônio Carlos Fabrício”, Araras – 2021	99
Tabela 5. Parcerias que a EMEI possui e os profissionais que compõe a equipe EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”, Unidade Básica de Saúde (UBS) “Antônio Carlos Fabrício”, Araras – 2021	104
Tabela 6. Ciclos da vida, locais e setores de atuação do Fisioterapeuta, Unidade Básica de Saúde (UBS) “Antônio Carlos Fabrício”, Araras – 2021	106
Tabela 7. Idade, tempo de trabalho dos funcionários na Educação Infantil (EI) e Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021	108
Tabela 8. Sexo, função e vínculo de trabalho dos funcionários da Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021	109
Tabela 9. Parcerias que a EMEI possui e os profissionais que compõe a equipe EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021	114
Tabela 10. Ciclos da vida, locais e setores de atuação do Fisioterapeuta, Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021	117
Tabela 11. Idade dos familiares e tempo que a criança frequenta a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021/2022	118
Tabela 12. Nível de escolaridade, função e grau de parentesco dos familiares das crianças que frequentam a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021/2022	119

Tabela 13. Parcerias que a EMEI possui e os profissionais que compõe a equipe Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Familiares das crianças, Araras – 2021/2022121

Tabela 14. Ciclos da vida, locais e setores de atuação do Fisioterapeuta, Familiares das crianças que frequentam a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021/2022123

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Município de Araras	86
Figura 2. EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”	86
Figura 3. UBS “Antônio Carlos Fabrício”	87

SUMÁRIO

1. MEU PERCURSO	14
2. INTRODUÇÃO.....	16
2.1. A história da educação infantil internacional	16
2.2. A história da educação infantil nacional	21
2.3. Legislação na educação infantil	28
2.4. Programas na educação infantil e saúde	44
2.5. Formação acadêmica do profissional de Fisioterapia	51
2.6. Promoção da saúde	58
2.7. Higienismo e eugenia	76
2.8. Cuidado	79
2.9. Controle de corpos	81
2.10. A história do município de Araras	84
2.11. A história da instituição e parceria	87
3. OBJETIVO GERAL	90
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	90
5. PERCURSO METODOLÓGICO	90
5.1. Tipo de pesquisa	90
5.2. Local e amostra	92
5.3. Instrumentos de coleta	93
5.3.1. Treinamento da equipe	94
5.3.2. Elaboração piloto	95
5.4. Coleta de dados	95

5.5. Análise	96
5.6. Comitê de ética	98
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	98
6.1. Resultados e discussão quantitativa - UBS “Antônio Carlos Fabricio”	98
6.2. Resultados e discussão quantitativa - EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”	108
6.3. Resultados e discussão quantitativa - Famílias dos alunos da EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”	118
6.4. Resultados e discussão qualitativa	123
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	196
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	197
9. APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	222
10. ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	229

1. MEU PERCURSO

Sou Jaqueline Feitoza de Araújo Zanobi, natural de Araras, interior de São Paulo, o qual cresci, criei meus laços de amizade e estudei em escola pública desde o ensino infantil e fundamental em uma escola municipal na zona norte desta mesma cidade. A transição do ensino fundamental para o ensino médio devido praticar esporte (vôlei) pelo município ganhei bolsa de estudos (100%) na Escola Objetivo de ensino privado, o qual cursei por dois anos e ao último ano escolar voltei para a escola pública no período noturno, pois já iniciava atividades de trabalho durante o período diurno. Decidi ser fisioterapeuta nos últimos anos do ensino médio pelo interesse na área de ciências biológicas com ênfase na saúde, entre elas a que me chamou a atenção pelo ato de cuidar foi a Fisioterapia.

Realizei graduação (2012) em Fisioterapia e especialização em Fisioterapia Neurofuncional Adulto e Infantil (2014) pela Fundação Hermínio Ometto.

Neste período (2012-2014) atuei como Fisioterapeuta em clínicas de recuperação, *studios* e academia com atuação em promoção da saúde e qualidade de vida.

Neste mesmo ano (2014) me casei com Gustavo José Zanobi e após três anos (2017) da nossa união me tornei mãe, e ao final deste ano nasceu nosso filho Samuel Araújo Zanobi. Desde 2015 trabalho como docente nesta mesma instituição, e desenvolvo várias atividades acadêmicas, dentre elas, supervisiono o estágio de Fisioterapia em Saúde Coletiva, com os alunos de estágio do nono período, em Programas de Saúde da Família, atendimentos Domiciliares, Saúde do Trabalhador e Saúde da Criança, além de projetos de estudos e atendimentos clínicos, como o núcleo de recursos terapêuticos manuais, uroginecologia e dermatofuncional. Em sala de aula, auxílio os professores responsáveis em atividades práticas das disciplinas de Introdução a Fisioterapia e Vivências Clínicas.

Percebi que a minha visão enquanto profissional mudou após a maternidade no desenvolvimento do estágio de Saúde Coletiva, em Saúde da Criança, com o olhar mais humanizado, integral, além dos cuidados biologicista deste indivíduos mas para os aspectos sociais, ambientais e familiares, tentando entender as relações e os fatores dos determinantes da saúde que estavam predispondo as vulnerabilidade ou não destas crianças.

À busca pelo mestrado surgiu no interesse em aprofundar meus conhecimentos sobre mudanças e políticas que envolvem o cenário da saúde, educação e os indivíduos envolvidos dentro de um serviço público. Nesta perspectiva iniciei, como aluna especial, disciplinas de Pesquisas em Dimensão Socioambiental e Mudanças Sociais I e Pesquisa em Educação, Gênero e Saúde na Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP) em 2019, onde desenvolvi o meu projeto e tive a oportunidade de discutir os demais projetos dos colegas e assim conhecer vários aspectos políticos e sociais pelos professores das disciplinas, o que foi importante no processo de construção do projeto de pesquisa e escolha do programa de mestrado. No ano de 2020 como aluna regular, cursei as disciplinas de Filosofia da Ciência e Teoria da Ação Comunicativa: compreensão do modelo para a aplicação no campo de Participação Política.

A proposta do projeto surgiu pela aproximação na área, como Fisioterapeuta atuando junto nos serviços públicos de saúde e educação devido a parceira que a FHO possui com as Secretarias Municipais de Educação e Saúde para desenvolvimento do estágio e oferta de serviços à população.

A intenção da pesquisa é promover mudança no acesso a população desejada (pré-escolares) tenha ao serviço de saúde no âmbito escolar e nas rotinas escolares, uma vez que existe programas públicos de saúde com esta perspectiva.

Então, foram cumpridos um total de 28 créditos com a realização das disciplinas cursadas, com data limite para depósito da dissertação dia 22 de fevereiro de 2023.

Atualmente permaneço trabalhando na FHO, com mudanças no segundo semestre de 2022 como coordenadora de estágio e docente em sala de aula, ministrando disciplinas como Fisioterapia em Saúde Coletiva, Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia, Terapias Naturais, Fisioterapia na Saúde do Idoso, Fisioterapia Dermatofuncional, Fisioterapia Uroginecológica e Recursos Terapêuticos Manuais.

2. INTRODUÇÃO

2.1. A história da educação infantil internacional

No século XVIII, surge então, na Inglaterra, a Revolução Industrial, um movimento que iria mudar toda a concepção em relação aos trabalhos realizados, e aos acidentes e doenças profissionais que deles advinham. As primeiras fábricas foram instaladas próximas aos cursos d'água, pois as máquinas eram acionadas através da energia hidráulica; devido a esta localização, tinha-se uma escassez de trabalhadores. Com o aparecimento da máquina a vapor, as fábricas puderam ser instaladas nas grandes cidades onde a mão-de-obra era conseguida com maior facilidade (BITENCOURT et al, 1998).

Com essa transição do feudalismo para o capitalismo, houve a passagem do modo de produção doméstico para o sistema fabril, e, conseqüentemente, a substituição das ferramentas pelas máquinas e a substituição da força humana pela força motriz, provocando toda uma reorganização da sociedade. O enorme impacto causado pela revolução industrial fez com que toda a classe operária se submetesse ao regime da fábrica e das máquinas (PASCHOAL et al, 2009).

As tarefas a serem executadas pelo trabalhador eram repetitivas, o que levaram a um crescente número de acidentes. Aliado ao fato acima citado, não havia critério para o recrutamento de mão-de-obra, onde homens, mulheres e até mesmo crianças eram selecionadas sem qualquer exame inicial quanto à saúde e ao desenvolvimento físico ou qualquer outro fator humano. O número de acidentes de trabalho crescia assustadoramente, onde a morte de crianças era frequente, causados por máquinas projetadas inadequadamente, que não ofereciam qualquer segurança. Como a produção estava em primeiro lugar, não havia limites de horas de trabalho, sendo utilizado bicos de gás para o horário noturno (BITENCOURT et al, 1998).

A imparcialidade nos critérios de seleção ao trabalho fabril era insignificante, pois a produção era o esperado. Problemas físicos e psicológicos em quaisquer públicos, como homem, mulher e criança não interferiria ou mesmo na realização e/ou não de exames admissionais, nenhum destes fatores mudaria o objetivo da contratação, porque a saúde do trabalhador(a) não era uma previsão de qualidade de trabalho na época. Com a entrada da mulher no trabalho as crianças ficaram desamparadas, pois não havia locais específicos

para abrigá-las, seja nas fábricas ou centros de acolhimento infantil, sendo assim as crianças também se tornaram indivíduos de mão de obra a serem recrutadas e aceitas pelas fábricas.

Os ambientes de trabalhos inadequados com ruídos provocados por precárias máquinas, altas temperaturas, devido à falta de ventilação, iluminação deficiente, fatores esses, que contribuía para o elevado número de acidentes, pois, até as ordens de trabalho na produção não eram escutadas pelo trabalhador, devido ao elevado nível de ruído. Em 1802, na Inglaterra foi aprovada a “lei de saúde e moral dos aprendizes”, que foi a primeira lei de proteção aos trabalhadores. Esta lei estabeleceu o limite de 12 horas de trabalho diários, proibia o trabalho noturno, obrigava os empregados a lavar as paredes das fábricas duas vezes por ano, e tornava obrigatória a ventilação das fábricas. Essas medidas foram ineficazes no que diz respeito à redução no número de acidentes de trabalho.

Apesar das mudanças na evolução da época, como a lei em 1802 na Inglaterra, ainda se exigia dos trabalhadores horas extensas de trabalho, desde os serviços de produção fabril a higienização e manutenção da estrutura e maquinário, o que evidenciou em problemas de saúde, tanto físicos pelos movimentos repetitivos realizados, como mentais e psicológicos pela demanda e fluxo de trabalho intenso, o que gerou acidentes de trabalho e afastamentos.

Em 1831, instalou-se uma comissão para analisar a situação dos trabalhadores, onde concluiu-se um relatório descrevendo que homens e mulheres, meninos e meninas, encontravam-se doentes, deformados, abandonados, uma mostra da crueldade do homem para com o homem. O impacto desse relatório sobre a opinião pública foi tão grande que surgiu, em 1833, a primeira legislação eficiente para a proteção do trabalhador, o “Factory Act” (BITENCOURT et al, 1998).

O Factory Act, era aplicada em todas as fábricas têxteis, onde se usasse força hidráulica ou a vapor, para o funcionamento das máquinas. Proibia o trabalho noturno aos menores de dezoito anos, restringiu o horário de trabalho para 12 horas diárias e 96 horas por semana; obrigatoriedade de escolas nas fábricas para os menores de 13 anos, a idade mínima de trabalho passou a ser 9 anos e tornou-se obrigatória a presença de um médico nas fábricas. Surge então, o médico de fábrica com objetivo de submeter os menores

trabalhadores a exame médico pré-admissional e periódico, e preveni-los tanto às doenças ocupacionais quanto às não ocupacionais (BITENCOURT et al, 1998).

As escolas nas fábricas apresentavam como proposta oferecer educação para as crianças trabalhadoras com idade inferior a 13 anos, sendo determinado a frequência regular destas crianças nas aulas.

O início da segurança ocupacional surgiu em 1833, pela “Factory Act”, pelo cuidado na faixa etária na admissão de trabalhadores, oferta de escola a crianças com idade inferior a treze anos e o profissional médico para a realização dos exames admissionais e periódicos, no entanto, a carga horária diária permaneceu inalterada quando comparada a “lei de saúde e moral dos aprendizes”, sendo ainda exigidos intensas horas de trabalho. Provavelmente estas mudanças ocorreram da necessidade do elevado número de acidentes de trabalho com impacto negativo na produção fabril e infelizmente não como objetivo primário da segurança, proteção e qualidade de vida dos trabalhadores.

Desse modo, essa revolução possibilitou a entrada em massa da mulher no mercado de trabalho, alterando a forma da família cuidar e educar seus filhos. Com essa mudança, as mães operárias que não tinham com quem deixar seus filhos, utilizavam o trabalho das conhecidas mães mercenárias. Essas, ao optarem pelo não trabalho nas fábricas, vendiam seus serviços para abrigarem e cuidarem dos filhos de outras mulheres (PASCHOAL et al, 2009).

As mães mercenárias eram mulheres e mães que vendiam seus serviços em troca de abrigar e cuidar dos filhos de outras mulheres. No entanto, o despreparo destas mulheres refletia no uso de mecanismos de violência para conseguirem manter a “ordem” no espaço, que, na maioria das vezes, também era inadequado para comportar um número maior de crianças, sendo assim aumentaram os riscos de maus tratos às crianças, reunidas em maior número, aos cuidados de uma única, pobre e despreparada mulher.

Marx (1986 apud PASCHOAL; MACHADO, 2009) discutem sobre o capital de forças de trabalho suplementares. Eles enfatizam que os movimentos a serem realizados no trabalho que não exigem força e sim mais flexibilidade permitiram o acesso de mulheres e crianças nas fábricas. Souza apud Rizzo (2010) fala como o crescimento da indústria, aumentou muito o número de fabricas, fundições, minas de carvão e conseqüentemente o número de trabalhadores, assim foram surgindo outras formas de serviços de atendimento

a criança. O mesmo era organizado por mulheres da comunidade que, não tinham uma proposta instrucional formal, porém adotava atividades de canto e memorização de rezas.

Com as mudanças dos hábitos familiares e a ausência das mães nos lares trouxe impactos negativos na forma de cuidar e acolher as crianças, pois essa nova oferta de emprego criou para as mulheres, mas aumentaram os riscos de maus tratos às crianças, reunidas em maior número, aos cuidados de uma única, pobre e despreparada mulher, tudo isso, aliado a pouca higiene e comida, o que gerou um quadro caótico de confusão, que terminou no aumento dos castigos e pancadarias, a fim de tornar as crianças sossegadas e passivas. Mais violência e mortalidade infantil (RIZZO, 2003).

Para Rizzo (2003) as preocupações das famílias pobres era a sobrevivência, o que expôs as crianças aos maus cuidados e ao desprezo, tornaram-se aceitos como uma regra e costume pela sociedade geral. Sendo assim, as mazelas contra a infância tornaram-se comum, pois algumas pessoas tomaram a tarefa de acolher e cuidar dessas crianças abandonadas, como beneficência.

Mediante a necessidade e visto o trabalho da mulher nas fábricas, as primeiras instituições na Europa e Estados Unidos tinham como objetivos cuidar e proteger as crianças enquanto às mães saíam para o trabalho. Desta maneira, sua origem e expansão como instituição de cuidados à criança estão associadas à transformação da família, de extensa para nuclear. Sua origem, na sociedade ocidental, baseia-se no trinômio: mulher-trabalho-criança. As creches, escolas maternais e jardins de infância tiveram, somente no seu início na Revolução Industrial no século dezoito, o objetivo assistencialista, cujo enfoque era a guarda, higiene, alimentação e os cuidados físicos das crianças (DIDONET, 2001).

A entrada da mulher no mercado de trabalho modificou a maneira de cuidar e educar seus filhos, nisto é claro a diferença de classes de mães de alta e baixa renda que influenciam no ato de cuidados das crianças, pois as mães operárias pobres tinham que deixar seus filhos sozinhos em casa ou em instituições gratuitas e/ou de baixo custo por tempo integral, enquanto as famílias com maiores condições financeiras tinham como pagar babás.

Apesar de seu início estar mais voltado para as questões assistenciais e de custódia, essas instituições se preocuparam com questões não só de cuidados, mas de educação, visto se apresentarem como pedagógicas já em seu início. Exemplifica sua defesa com a “Escola de Principiantes” ou escola de tricotar, criada pelo pastor Oberlin, na França em meados

de 1769, para crianças de dois a seis anos de idade. Esse pastor criou apenas um programa de passeios, trabalhos manuais e histórias contadas com gravuras, nos quais suas escolas de tricô tinham como objetivo, por meio do trabalho de mulheres da comunidade, tomar conta de crianças, ensinando-lhes a ler a bíblia e a tricotar. De acordo com seus objetivos, nesses espaços, as crianças deveriam aprender diferentes habilidades, como adquirir hábitos de obediência, bondade, identificar as letras do alfabeto, pronunciar bem as palavras e assimilar noções de moral e religião (KUHLMANN, 2001; PASCHOAL et al, 2009).

A escola de Robert Owen, criada no ano de 1816 em New Lanark, na Escócia, também é um exemplo de que essas instituições foram pensadas na perspectiva pedagógica, já que essa escola recebia crianças de dezoito meses até vinte cinco anos de idade e tinha como objetivo trabalhar lições que abordavam a natureza, exercícios de dança e de canto coral. Os materiais didáticos tinham um propósito educativo, porque possibilitavam às crianças o desenvolvimento do raciocínio e o julgamento correto diante das situações propostas pelo professor. A sala de asilo francesa, desde os primeiros textos oficiais, foi concebida sob uma perspectiva de prover cuidados e educação moral e intelectual às crianças. “[...] o seu papel não foi somente o de guardar a pequena infância popular, mas, em nome de um projeto educativo, de disputar esta clientela às guardiãs de quarteirão” (KUHLMANN, 2001).

De acordo com Kuhlmann (2001 apud PASCHOAL, MACHADO 2009) a intenção dessas instituições era, primeiramente, retirar das ruas as crianças em situação de risco e dos perigos a que estavam expostas; em seguida, proporcionar-lhes o desenvolvimento da inteligência e dos bons costumes. Do ponto de vista histórico, a própria literatura traz o jardim de infância como uma instituição exclusivamente pedagógica e que, desde sua origem, teve pouca preocupação com os cuidados físicos das crianças. No entanto, vale ressaltar que o primeiro Jardim de Infância, criado, em meados de 1840 em Blankenburgo, por Froebel, tinha uma preocupação não só de educar e cuidar das crianças, mas de transformar a estrutura familiar de modo que as famílias pudessem cuidar melhor de seus filhos.

Os estudos que atribuem aos Jardins de Infância uma dimensão educacional e não assistencial, como outras instituições de educação infantil, deixam de levar em conta as evidências históricas que mostram uma estreita relação entre ambos os aspectos: a que a

assistência é que passou, no final do século XIX, a privilegiar políticas de atendimento à infância em instituições educacionais e o Jardim de Infância foi uma delas, assim como as creches e escolas maternais (KUHLMANN, 2001, p. 26).

Com a transição na organização econômica e social, modificações nas relações de trabalho, inserção da automatização nas fábricas, primeiros acidentes de trabalho e doenças profissionais sendo necessário o recrutamento de mão de obra e com isso permitiu e precisou da entrada da mulher no mercado de trabalho, pois o objetivo das fábricas era a produção em massa. Essas mulheres levavam seus filhos para as fábricas e que também foram utilizadas como mão de obra. Com as mudanças nos hábitos familiares, no ato de cuidar e educar as crianças devido as mães trabalharem nas fábricas, surgiram as mães mercenárias, que foram mulheres que ofereciam seus serviços para cuidar dos filhos das mães operárias. Visto a necessidade, surgiram as primeiras instituições na América do Norte e Europa que tinham como objetivo assistencialista, com a proteção e cuidado físico das crianças, no entanto a partir de 1769 foram surgindo instituições com a proposta pedagógica, como atividades de alfabetização, raciocínio, julgamento de situações, canto, dança oferecendo a oportunidade na transformação na estrutura familiar, com novas possibilidades do ato de cuidar e educar as crianças. A necessidade de espaços para cuidar das crianças com ações assistenciais e pedagógicas, que permitam o desenvolvimento físico, psicológico, cognitivo e social das crianças de maneira integral quando profissionais especializados no cuidado da Saúde da Criança possam desenvolver as ações, dentre estes, destacamos a importância do Fisioterapeuta como profissional da saúde que também podem contribuir para o desenvolvimento de ações assistenciais e preventivas nas instituições infantis.

A partir da segunda metade do século XIX, o quadro das instituições destinadas à primeira infância era formado basicamente da creche e do jardim de infância ao lado de outras modalidades educacionais, que foram absorvidas como modelos em diferentes países. No Brasil, a creche foi criada exclusivamente com caráter assistencialista, o que diferenciou essa instituição das demais criadas nos países europeus e norte-americanos, que tinham nos seus objetivos o caráter pedagógico.

2.2. A história da educação infantil nacional

Diferentemente dos países europeus, no Brasil, as primeiras tentativas de organização de creches, asilos e orfanatos surgiram com um caráter assistencialista, com o intuito de auxiliar as mulheres que trabalhavam fora de casa e as viúvas desamparadas. Outro elemento que contribuiu para o surgimento dessas instituições foram as iniciativas de acolhimento aos órfãos abandonados que, apesar do apoio da alta sociedade, tinham como finalidade esconder a vergonha da mãe solteira, já que as crianças “[...] eram sempre filhos(as) de mulheres da corte, pois somente essas tinham do que se envergonhar e motivo para se descartar do filho indesejado”. Numa sociedade patriarcal, a ideia era criar uma solução para os problemas dos homens, ou seja, retirar dos mesmos a responsabilidade de assumir a paternidade. Considerando que, nessa época, não se tinha um conceito bem definido sobre as especificidades da criança, ela era “[...] concebida como um objeto descartável, sem valor intrínseco de ser humano” (RIZZO, 2003, p. 37).

Tais especificidades caracterizadas pela ausência da criança como “sujeito de direitos” e reconhecida como um indivíduo desprezado e desvalorizado tanto culturalmente quanto ordenado legalmente como estatuto de direito e dignidade vista como cidadã. As crianças não eram vistas como um sujeito social, pois não tinham direitos definidos com predomínio da hierarquia posicionando o adulto como ápice desta relação e dominação, expostas às vulnerabilidades físicas, emocionais e sociais.

Fatores como o alto índice de mortalidade infantil, a desnutrição generalizada e o número significativo de acidentes domésticos, fizeram com que alguns setores da sociedade, dentre eles os religiosos, os empresários e educadores, começassem a pensar num espaço de cuidados da criança fora do âmbito familiar. De maneira que foi com essa preocupação, ou com esse “[...] problema, que a criança começou a ser vista pela sociedade e com um sentimento filantrópico, caritativo, assistencial é que começou a ser atendida fora da família” (DIDONET, 2001, p. 13).

É interessante ressaltar que, ao longo das décadas, arranjos alternativos foram se constituindo no sentido de atender às crianças das classes menos favorecidas. Uma das instituições brasileiras mais duradouras de atendimento à infância, que teve seu início antes da criação das creches, foi a roda dos expostos ou roda dos excluídos. Esse nome provém do dispositivo onde se colocavam os bebês abandonados e era composto por uma forma cilíndrica, dividida ao meio por uma divisória e fixado na janela da instituição ou das casas de misericórdia. Assim, a criança era colocada no tabuleiro pela mãe ou

qualquer outra pessoa da família; essa, ao girar a roda, puxava uma corda para avisar a rodeira que um bebê acabava de ser abandonado, retirando-se do local e preservando sua identidade. Por mais de um século a roda de expostos foi à única instituição de assistência à criança abandonada no Brasil e, apesar dos movimentos contrários a essa instituição por parte de um segmento da sociedade, foi somente no século XX, já em meados de 1950, que o Brasil efetivamente extinguiu-a, sendo o último país a acabar com o sistema da roda dos enjeitados (PASCHOAL et al, 2009).

No Brasil, no período da abolição da escravatura, quando se acentuou a migração para as grandes cidades e o início da República, houve iniciativas isoladas de proteção à infância, no sentido de combater os altos índices de mortalidade infantil. Mesmo com o trabalho desenvolvido nas casas de Misericórdia, por meio da roda dos expostos, um número significativo de creches foi criado não pelo poder público, mas exclusivamente por organizações filantrópicas. Se, por um lado, os programas de baixo custo, voltados para o atendimento às crianças pobres, surgiam no sentido de atender às mães trabalhadoras que não tinham onde deixar seus filhos, a criação dos jardins de infância foi defendida, por alguns setores da sociedade, por acreditarem que eles trariam vantagens para o desenvolvimento infantil, ao mesmo tempo foi criticado por identificá-los com instituições europeias (PASCHOAL et al, 2009).

Nesse período, foi criado o Instituto de Proteção à Infância do Rio de Janeiro pelo médico Arthur Moncorvo Filho, que tinha como objetivos não só atender às mães grávidas pobres, mas dar assistência aos recém-nascidos, distribuição de leite, consulta de lactantes, vacinação e higiene dos bebês. Foi considerada umas das entidades mais importantes, sobretudo por ter expandido seus serviços por todo o território brasileiro. Outra instituição importante criada nesse ano foi o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, este precedeu, em 1919, a criação do Departamento da Criança, que tinha como objetivo não só fiscalizar as instituições de atendimento à criança, mas combater o trabalho das mães voluntárias que cuidavam, de maneira precária, dos filhos das trabalhadoras (KUHLMANN, 2001; PASCHOAL et al, 2009).

Devido a muitos fatores, como o processo de implantação da industrialização no país, a inserção da mão-de-obra feminina no mercado de trabalho e a chegada dos imigrantes europeus no Brasil, os movimentos operários ganharam força. Eles começaram a se organizar nos centros urbanos mais industrializados e reivindicavam melhores condições

de trabalho; dentre estas, a criação de instituições de educação e cuidados para seus filhos (PASCHOAL et al, 2009).

Os donos das fábricas, por seu lado, procurando diminuir a força dos movimentos operários, foram concedendo certos benefícios sociais propondo novas formas de disciplinar seus trabalhadores. Eles buscavam o controle do comportamento dos operários, dentro e fora da fábrica. Para tanto, foram criadas vilas operárias, clubes esportivos, creches e escolas maternais para os filhos dos operários. O fato de os filhos das operárias estarem sendo atendidos em creches, escolas maternais e jardins de infância, montadas pelas fábricas, passou a ser reconhecido por alguns empresários como vantajoso, pois mais satisfeitas, as mães operárias produziam melhor (OLIVEIRA, 1992, p. 18).

Vantagens e privilégios foram ofertados pelas fábricas a fim de diminuir o risco de doenças ocupacionais, absenteísmo e afastamentos dos trabalhadores e o empregador ter respaldo frente as ações na empresa, no entanto, entendendo “direito” como um conjunto de preceitos, regras e leis que asseguram que atividades dos trabalhadores na relação empregado e empregador para a preservação de justiça social e nos vínculos trabalhistas não era considerado fundamental.

Os benefícios sociais são apresentados como vantagens, conveniências e facilidades oferecidas pelas empresas aos trabalhadores, funcionando como uma remuneração indireta em que parte do salário é convertido em serviços de assistência ao trabalhador, direito garantido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) criado pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista existente no Brasil. A CLT regulamentou as relações trabalhistas, tanto do trabalho urbano quanto do rural, sendo o principal instrumento para regulamentar as relações de trabalho e proteção dos trabalhadores; instituindo o salário mínimo, a jornada de trabalho de oito horas, o repouso semanal, as férias anuais remuneradas, a indenização por dispensa sem justa causa e o reconhecimento dos sindicatos e associações profissionais com o direito de funcionamento autônomo (CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO, 1943).

Ao longo das décadas, as poucas conquistas não se fizeram sem conflitos. Com o avanço da industrialização e o aumento das mulheres da classe média no mercado de trabalho, aumentou a demanda pelo serviço das instituições de atendimento à infância. Os

movimentos feministas que partiram dos Estados Unidos tiveram papel especial na revisão do significado das instituições de atendimento à criança, porque as feministas mudaram seu enfoque, defendendo a ideia de que tanto as creches como as pré-escolas deveriam atender a todas as mulheres, independentemente de sua necessidade de trabalho ou condição econômica. O resultado desse movimento culminou no aumento do número de instituições mantidas e geridas pelo poder público (PASCHOAL et al, 2009; PASQUALINI et al, 2008).

Essas instituições ganharam enfoque diferente, passando a ser reivindicadas como um direito de todas as mulheres trabalhadoras e era baseado no movimento da teoria da privação cultural. Essa teoria, defendida tanto nos Estados Unidos na década de sessenta como no Brasil já em meados de 1970, considerava que o atendimento à criança pequena fora do lar possibilitaria a superação das precárias condições sociais a que ela estava sujeita (PASCHOAL et al, 2009).

A ideia é a de que as crianças oriundas das classes sociais dominadas são consideradas “[...] carentes, deficientes e inferiores na medida em que não correspondem ao padrão estabelecido; faltariam a essas crianças privadas culturalmente, determinados atributos ou conteúdos que deveriam ser nelas inculcidos”. Por esse motivo e a fim de superar as deficiências de saúde e nutrição, assim como as deficiências escolares, são oferecidas diferentes propostas no sentido de compensar tais carências. Nessa perspectiva, a pré-escola funcionaria, segundo a autora, como mola propulsora da mudança social, uma vez que possibilitaria a democratização das oportunidades educacionais (KRAMER, 1995).

Enquanto as instituições públicas atendiam às crianças das camadas mais populares, as propostas privadas, de cunho pedagógico, funcionavam em meio turno, dando ênfase à socialização e à preparação para o ensino regular. Nota-se que as crianças das diferentes classes sociais eram submetidas a contextos de desenvolvimento diferentes, já que, enquanto as crianças das classes menos favorecidas eram atendidas com propostas de trabalho que partiam de uma ideia de carência e deficiência, as crianças das classes sociais mais abastadas recebiam uma educação que privilegiava a criatividade e a sociabilidade infantil (KRAMER, 1995).

Com a preocupação de atendimento a todas as crianças, independente da sua classe social, iniciou-se um processo de regulamentação desse trabalho no âmbito da legislação.

A seguir algumas informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - 2019) na tabela 1. População de crianças e número de escolas na educação infantil, sobre a população estimada de crianças de creche (0-4 anos) e pré-escola (5-9 anos), crianças que frequentavam, não frequentam e nunca frequentaram a creche e pré-escola e número de creche e pré-escola por classificação (pública e particular ou municipal, estadual, federal e municipal) no cenário nacional, estadual e municipal.

Tabela 1. População de crianças e número de escolas na educação infantil

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Classificação da Escola	País Brasil	O estado de São Paulo	O município de Araras
População estimada		210.147.125	45.919.049	134.236
População		13.796.159	2.675.372	7.118
0-4 anos				
População	Total	14.969.375	2.860.633	3.791
5-9 anos				
Frequentavam a escola ou creche		59.565.188	12.332.765	32.529
Frequentavam a creche	Total Geral	2.221.953	616.698	1.388
	Pública	1.685.223	477.526	1.064
	Particular	536.730	139.172	324
Frequentavam a pré-escola	Total Geral	5.125.603	1.140.334	4.224
	Pública	3.645.283	870.204	3.695
	Particular	1.480.320	270.130	528
Não frequentam, mas já frequentaram a creche ou a escola		112.465.161	25.963.109	78.918
Nunca frequentaram a creche ou a escola	Total	18.725.449	2.966.325	7.396
nº de escolas no ensino infantil		115.195	17.654	43
nº de creches	Total Geral	69.745	13.782	40
	Municipal	41.413	5.628	27

	Estadual	154	27	0
	Federal	19	3	0
	Particular	28.159	8.124	13
nº de pré-escolas	Total Geral	103.260	12.410	35
	Municipal	73.833	6.428	22
	Estadual	810	24	0
	Federal	23	3	0
	Particular	28.594	5.964	13

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2018-19 com dados da pirâmide etária e censo de 2010.

Da população estimada de crianças de (0-9 anos) em âmbito municipal, 5,3% representa as crianças de 0-4 anos, 2,8% representam as crianças de 5-9 anos, sendo que cerca de 76,65% frequentam a creche pública e 87,47% frequentam a pré-escola pública, apresentando assim um número expressivo de crianças de usufruem do serviço público de ensino, espaço para que os profissionais da área da saúde possam desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças em consonância com o professores, monitores e crianças em âmbito escolar.

Dentre as escolas no município de Araras, interior de São Paulo, 67,5% são creches municipais e 62,8% são pré-escolas municipais, apresentando cerca de 60% de escolas de educação infantil do ensino público para o desenvolvimento de ações primárias pelos profissionais de saúde regionalizados as escolas.

Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, as viúvas desamparadas e os órfãos abandonados pelas mães solteiras, pois eram rejeitadas e considerado como vergonha nacional, paralelamente aos elevados índices de mortalidade infantil, desnutrição e acidentes domésticos, foram criados as “rodas dos expostos” nas Casas de Misericórdia. Estes espaços abrigaram as crianças que apresentaram vulnerabilidades físicas, no entanto, com a criação no século XX do Instituto de Proteção à Infância e Assistência, com o objetivo de oferecer assistências quanto aos cuidados físicos e médicos; em 1919 com a criação do Departamento da Criança para fiscalizar as instituições e mães

voluntárias, no que diz respeito aos cuidados precários. Neste processo é importante observar que as instituições brasileiras tinham como objetivo o assistencialismo não apresentando ações pedagógicas, provavelmente pelo local (casas de misericórdia) e pelos profissionais que criaram estes espaços do cuidado apresentarem também como formação específica na área da saúde (médicos). Outro ponto que chama atenção é que os estados tomaram iniciativas na criação de instituições independente das ações do governo Federal, apresentando autonomia e descentralização, assim adquirindo repercussão nacional, com possibilidades futuras de discussões para a formação de políticas e legislações. Com os movimentos feministas nos EUA na luta pelos direitos de atender as todas as mulheres com diferentes condições econômicas, trabalhadoras ou não, trouxeram como resultado no Brasil o aumento no número de instituições pelo poder público com a possibilidade no processo de democratização das oportunidade educacionais. O relato histórico brasileiro evidencia uma assistência das primeiras instituições de abrigo infantil, reduzindo apenas aos cuidados físicos das crianças, sem nenhum cunho pedagógico. Este cuidado físico envolve não somente a higiene, mas também aos cuidados a saúde da criança, como consultas, acompanhamento médico, imunização, oferta de leite, tendo uma visão mais ampla da criança, e assim proporcionando a assistência de outros profissionais da saúde que envolvam os cuidados primários. Dentre os profissionais, também verificamos a importância do Fisioterapeuta na Saúde da Criança desenvolvendo ações primárias à saúde, com atuação integral do cuidado em âmbito escolar, além da responsabilidade no cuidado pelos familiares atendendo as necessidades na primeira infância.

2.3. Legislação na educação infantil

Verifica-se que, até meados do final dos anos setenta, pouco se fez em termos de legislação que garantisse a oferta desse nível de ensino. Já na década de oitenta, diferentes setores da sociedade, como organizações não-governamentais, pesquisadores na área da infância, comunidade acadêmica, população civil e outros, uniram forças com o objetivo de sensibilizar toda a sociedade sobre o direito da criança a uma educação de qualidade desde o nascimento. Do ponto de vista histórico, foi preciso quase um século para que a criança tivesse garantido seu direito à educação na legislação, foi somente com a Carta

Constitucional de 1988 que esse direito foi efetivamente reconhecido (KRAMER, 1995; PASCHOAL et al, 2009).

O esforço coletivo dos diversos segmentos visava assegurar na Constituição, “[...] os princípios e as obrigações do Estado com as crianças”. Assim, foi possível sensibilizar a maioria dos parlamentares e assegurar na Constituição brasileira também o direito da criança à educação. A pressão desses movimentos na Assembleia Constituinte possibilitou a inclusão da creche e da pré-escola no sistema educativo ao inserir, na Constituição Federal de 1988, em seu em seu artigo 208, o inciso IV: “[...] O dever do Estado para com a educação será efetivado mediante a garantia de oferta de creches e pré-escolas às crianças de zero a seis anos de idade”. A partir dessa Lei, as creches, anteriormente vinculadas à área de assistência social, passaram a ser de responsabilidade da educação. Tomou-se por orientação o princípio de que essas instituições não apenas cuidam das crianças, mas devem, prioritariamente, desenvolver um trabalho educacional (BITTAR et al, 2003; BRASIL, 1988).

Acompanhando uma tendência internacional, constatamos, há cinco décadas, uma expansão, no Brasil, da rede de atendimento às crianças de 0 a 6 anos em creches e pré-escolas (OLIVEIRA et al 1995).

Dois anos após a aprovação da Constituição Federal de 1988, foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8.069/90, que, ao regulamentar o art. 227 da Constituição Federal, inseriu as crianças no mundo dos direitos humanos. De acordo com seu artigo 3º, a criança e o adolescente devem ter assegurados os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, para que seja possível, desse modo, ter acesso às oportunidades de “[...] desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL 1996).

O ECA reforça os dispositivos constitucionais sobre a educação de zero a seis anos, assegurando o acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016), dessa maneira impulsionou principalmente o crescimento de creches mantidas pelo poder público. Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional-LDB, a educação infantil foi colocada como a primeira etapa da educação básica (BRASIL, 1990; BRASIL 1996).

Nos anos seguintes à aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, entre os anos de 1994 e 1996, foi publicado pelo Ministério da Educação uma série de documentos importantes intitulados: “Política Nacional de Educação Infantil”. Tais documentos estabeleceram as diretrizes pedagógicas e de recursos humanos com o objetivo de expandir a oferta de vagas e promover a melhoria da qualidade de atendimento nesse nível de ensino: “Critérios para um atendimento em creches que respeite os direitos fundamentais das crianças”, que discute a organização e o funcionamento interno dessas instituições; “Por uma política de formação do profissional de educação infantil”, que reafirma a necessidade e a importância de um profissional qualificado e um nível mínimo de escolaridade para atuar nas instituições de educação infantil; “Educação infantil: bibliografia anotada” e “Propostas pedagógicas e currículo em educação infantil”. Esses documentos foram importantes no sentido de garantir melhores possibilidades de organização do trabalho dos professores no interior dessas instituições (BRASIL, 2006).

Estabelecida a garantia do direito à educação pelo documento constitucional que impera no país, a educação infantil oferecida pelas creches e pré-escolas, como já descrito anteriormente, passou a ser de responsabilidade da educação, e não mais vinculada à área assistencial. Desta forma, os cuidados com as crianças tornaram-se aspectos secundários nas instituições, que passaram a dar mais ênfase ao desenvolvimento pedagógico destas.

O texto constitucional, ao declarar que é de responsabilidade do Estado a oferta de educação infantil em creches e pré-escolas art. - 208, inciso IV, e incumbência dos municípios atuar prioritariamente no ensino fundamental e na educação infantil, - art. 211, § 2º-, revela o princípio da descentralização da educação por meio de uma política de desarticulação entre as esferas do governo e a indefinição de papéis no atendimento aos diferentes níveis de ensino (ANDRADE, 2009). Ainda no Capítulo IV, “Dos Municípios”, a Constituição define que compete a esta esfera “manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação infantil e de ensino fundamental” (BRASIL, 1988).

Fullgraf (2001, p. 40 apud ANDRADE, 2009) faz uma observação interessante sobre o princípio da descentralização. Aponta que está atrelado a uma visão reducionista do papel do Estado em relação às políticas públicas “comprometendo a consolidação do atendimento educacional de qualidade às crianças pequenas, como também a todos os outros níveis de ensino”.

Moreira (2012) ao iniciar a discussão sobre a reforma e o papel do Estado com a implantação de políticas neoliberais na Educação, especificamente na Educação Infantil, faz-se necessário examinar o significado dos termos Estado e Governo, políticas sociais e políticas públicas e educação, a fim de evitar confusões, generalizações e ambiguidades nas análises posteriores.

Höfling (2001) ao refletir sobre o Estado e as políticas sociais, fez uma distinção bem específica entre Estado e Governo. Definiu o Estado como um conjunto de instituições permanentes - como os órgãos legislativos, os tribunais, o exército e outras - que não formam necessariamente um bloco monopolítico, mas possibilitam a ação do governo; e concebeu o Governo como um conjunto de programas e projetos que partem da sociedade e que ele próprio propõe para a sociedade como um todo, configurando-se assim a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um dado período. De acordo com o Ministério da Educação, o tratamento dos vários aspectos como dimensões do desenvolvimento e não áreas separadas foi fundamental, já que “[...] evidencia a necessidade de se considerar a criança como um todo, para promover seu desenvolvimento integral e sua inserção na esfera pública” (BRASIL, 2006).

Desse modo, verifica-se um grande avanço no que diz respeito aos direitos da criança de zero a seis anos uma vez que a educação infantil, além de ser considerada a primeira etapa da Educação Básica, embora não obrigatória, é um direito da criança e tem o objetivo de proporcionar condições adequadas para o desenvolvimento do bem-estar infantil, como o desenvolvimento físico, motor, emocional, social, intelectual e a ampliação de suas experiências.

Diante dessa nova perspectiva, três importantes objetivos, devem, necessariamente, coroar essa nova modalidade educacional segundo Didonet (2001):

- Objetivo Social: associado à questão da mulher enquanto participante da vida social, econômica, cultural e política;
- Objetivo Educativo: organizado para promover a construção de novos conhecimentos e habilidades da criança;

- **Objetivo Político:** associado à formação da cidadania infantil, em que, por meio deste, a criança tem o direito de falar e de ouvir, de colaborar e de respeitar e ser respeitada pelos outros.

Define a lei que o atendimento de 0-3 anos será feito em creches e de 4-6 anos, em pré-escolas. A LDB explicita também que cabe a cada Conselho Municipal de Educação definir regulamentações para o funcionamento das instituições de educação infantil (com base em referenciais nacionais), permanecendo a cargo das secretarias municipais de educação tanto a autorização como a supervisão das instituições (BRASIL 1996).

Uma vez que estas crianças e adolescentes utilizam o serviço público de educação, a garantia do acesso aos serviços de assistência da atenção básica (AB) são considerados porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, regida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 1994, o Ministério da Educação e do Desporto, orientado pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, criou a Política Nacional de Educação Infantil, um documento que continha propostas de diretrizes gerais para política de educação infantil. Com essa iniciativa, o Ministério da Educação (MEC) reafirmou o reconhecimento da Educação Infantil destinada às crianças de zero a seis anos como sendo a primeira etapa da educação básica (BRASIL, 1994). As diretrizes para as políticas de educação infantil pautavam-se nos seguintes princípios: 1. A educação é a primeira etapa da educação básica e destina-se à criança de zero a seis anos de idade, não sendo obrigatória, mas um direito que o Estado tem obrigação de atender; 2. As instituições que oferecem educação infantil, integrantes dos sistemas de ensino, são as creches e pré-escolas, dividindo-se pelo critério exclusivo da faixa etária (zero a três anos na creche e quatro a seis anos na pré-escola); 3. A educação infantil é oferecida para, em complementação à ação da família, proporcionar condições adequadas de desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social da criança e promover a ampliação de suas experiências e conhecimentos, estimulando seu interesse pelo processo de transformação da natureza e pela convivência em sociedade; 4. As ações de educação, na creche e na pré-escola, devem ser complementadas pelas de saúde e assistência, realizadas

de forma articulada com os setores competentes; 5. O currículo de educação infantil deve levar em conta, na sua concepção e administração, o grau de desenvolvimento da criança, a diversidade social e cultural das populações infantis e os conhecimentos que se pretendam universalizar; 6. Os profissionais de educação infantil devem ser formados em curso de nível médio ou superior, que contemplem os conteúdos específicos relativos a essa etapa da educação; 7. As crianças com necessidades especiais devem sempre que possível, ser atendidas na rede regular de creches e pré-escolas (BRASIL, 1994).

Além da Carta Magna, do Estatuto da Criança e do Adolescente e da proposta de Política Nacional de Educação Infantil, outra importante legislação brasileira neste sentido é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, Lei nº 9.394/96, promulgada em 20 de dezembro de 1996. Ao estabelecer os níveis e modalidades de ensino, a LDB insere a educação infantil como parte da educação básica, devendo ser oferecida gratuitamente em creches e pré-escolas às crianças de zero a seis anos de idade.

Dois anos após o decreto da LDB, em 1998, o MEC edita o documento Subsídios para o credenciamento e o funcionamento das instituições de educação infantil, que orientaria a elaboração das diretrizes e normas da educação. No mesmo ano, o Ministério da Educação, publica, em três volumes, o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (RCNEI) que, em consonância com a LDB, busca apresentar o direcionamento para o trabalho educativo junto às crianças pequenas nas creches e entidades pré-escolares. O RCNEI foi concebido de maneira a servir como um guia de reflexão de cunho educacional sobre objetivos, conteúdos e orientações didáticas para os profissionais que atuam diretamente com crianças de zero a seis anos, respeitando seus estilos pedagógicos e a diversidade cultural brasileira (BRASIL, 1998).

O primeiro volume é um documento introdutório, apresenta conceitos relativos à educação infantil e tem o intuito de definir os objetivos gerais da educação infantil. O segundo volume traz questões relacionadas ao processo de construção da identidade e autonomia da criança pequena. Já o terceiro e último volume contém documentos referentes aos diferentes tipos de construção da linguagem das crianças, estes foram apresentados em seis eixos: movimento; música; artes visuais; linguagem oral e escrita; natureza e sociedade; e matemática (FERREIRA, 2016).

Sobre os objetivos gerais da educação infantil, o documento apresenta-nos aspectos que devem ser desenvolvidos para alcançar as capacidades esperadas nesta etapa da educação:

desenvolver uma imagem positiva de si, atuando de forma cada vez mais independente, com confiança em suas capacidades e percepção de suas limitações; descobrir e conhecer progressivamente seu próprio corpo, suas potencialidades e seus limites, desenvolvendo e valorizando hábitos de cuidado com a própria saúde e bem-estar; estabelecer vínculos afetivos e de troca com adultos e crianças, fortalecendo sua autoestima e ampliando gradativamente suas possibilidades de comunicação e interação social; estabelecer e ampliar cada vez mais as relações sociais, aprendendo aos poucos a articular seus interesses e pontos de vista com os demais, respeitando a diversidade e desenvolvendo atitudes de ajuda e colaboração; observar e explorar o ambiente com atitude de curiosidade, percebendo-se cada vez mais como integrante, dependente e agente transformador do meio ambiente e valorizando atitudes que contribuam para sua conservação; brincar, expressando emoções, sentimentos, pensamentos, desejos e necessidades; utilizar as diferentes linguagens (corporal, musical, plástica, oral e escrita) ajustadas às diferentes intenções e situações de comunicação, de forma a compreender e ser compreendido, expressar suas ideias, sentimentos, necessidades e desejos e avançar no seu processo de construção de significados, enriquecendo cada vez mais sua capacidade expressiva; conhecer algumas manifestações culturais, demonstrando atitudes de interesse, respeito e participação frente a elas e valorizando a diversidade (BRASIL, 1998, v.1, p. 63).

Em 9 de janeiro de 2001, foi aprovado o primeiro Plano Nacional de Educação, disposto pela Lei 10.172/2001. A LDB e a Constituição Federal de 1988 já traziam a obrigatoriedade da construção do plano nacional de educação. Em seu art. 214º, a Constituição afirma que “a lei estabelecerá o plano nacional de educação, de duração plurianual, visando a articulação e o desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis e a integração das ações do poder Público” (BRASIL, 1988). Já a LDB, em seu art. 9º, apresenta como responsabilidade da União elaborar o Plano Nacional de Educação em colaboração com os estados, o Distrito Federal e os municípios.

Na distribuição de competências referentes à Educação Infantil, tanto a Constituição Federal quanto a LDB são explícitas na corresponsabilidade das três esferas de governo – município, estado e União – e da família. A articulação com a família visa, mais do que qualquer outra coisa, ao mútuo conhecimento de processos de educação, valores, expectativas, de tal maneira que a educação familiar e a escolar se complementem e se enriqueçam, produzindo aprendizagens coerentes, mais amplas e profundas. Quanto às

esferas administrativas, a União e os estados atuarão subsidiariamente, porém necessariamente, em apoio técnico e financeiro aos municípios, consoante o art. 30, VI, da Constituição Federal.

A autonomia dos entes federados e o regime de colaboração são dois princípios indissociáveis no sistema federativo brasileiro. O objetivo comum de garantir os direitos da criança, entre eles o direito à educação, só pode ser alcançado, portanto, mediante a cooperação entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, de acordo com as definições constitucionais e legais vigentes.

Tabela 2. Competências e ações concernentes aos diferentes níveis de governo

União	Formulação da política nacional
	Coordenação nacional (articulação com outros órgãos e ministérios que tenham políticas e programas para crianças de 0 a 6 anos)
	Estabelecimento de diretrizes gerais
	Assistência técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios
	Coleta, análise e disseminação de informações educacionais
	Regulamentação e normatizações pelo CNE
	Formação universitária de professores
	Fomento à pesquisa
Estados	Formulação da política estadual
	Coordenação estadual
	Execução das ações estaduais
	Assistência técnica e financeira aos municípios
	Normatização pelo CEE
	Autorização, reconhecimento, credenciamento, fiscalização, supervisão e avaliação dos estabelecimentos do seu sistema de ensino
	Formação universitária de professores
	Fomento à pesquisa
	Formação de professores na modalidade normal, em nível médio
	Municípios
Coordenação da política municipal	
Execução dos programas e das ações	
Normatização pelo CME (quando houver)	
Autorização, reconhecimento, credenciamento, fiscalização, supervisão e avaliação dos estabelecimentos do seu sistema de ensino	
Formação continuada de professores em exercício	
Fomento à pesquisa	

Essas competências traduzem-se, no Plano Nacional de Educação (PNE - 2001), no capítulo sobre a Educação Infantil, em diretrizes, objetivos e metas para dez anos, abrangendo aspectos qualitativos e quantitativos. A Lei que instituiu o PNE determina que os estados, o Distrito Federal e os municípios elaborem seus respectivos planos decenais. Esses planos devem ser construídos num processo democrático, amplamente participativo, com representação do governo e da sociedade, com vistas a desenvolver programas e projetos nos próximos anos. A Educação Infantil, constituindo um capítulo desses planos, tem seu horizonte de expansão e melhoria definido como obrigação dos sistemas de ensino da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Ainda como uma das metas previstas pelo PNE, está a elaboração de padrões mínimos de qualidade e de infraestrutura para funcionamento adequado das instituições de educação infantil e da autorização de funcionamento regular dessas instituições. Prevê, além disso, a implantação de um programa nacional de formação dos profissionais da educação infantil, estabelecendo que, em dez anos, 70% dos professores envolvidos na educação infantil tenham formação específica em nível superior, e ainda busca oferecer materiais pedagógicos necessários ao trabalho educativo com as crianças. O PNE também reconhece a importância da educação infantil para a formação da personalidade e desenvolvimento da criança (ANDRADE, 2009).

Na educação infantil, conforme sinalizado por Didonet (2003), as diretrizes e os objetivos e metas correlatos evidenciam a intenção de o PNE torná-la efetiva como primeira etapa da educação básica, porém, de acordo com Barreto (2003), isso somente seria possível se o seu atendimento contasse, de fato, com ações supletivas da União e dos estados, especialmente em municípios que apresentassem necessidades técnicas e financeiras, o que ocorria com acompanhamento da aplicação dos recursos por essas localidades e pelo CNE, conforme indicado por Araújo (2002).

Segundo Souza (2014) o PNE 2001-2010 possui um excesso de objetivos e metas, que impõem sérias dificuldades à sua implantação, seu acompanhamento e sua avaliação, sendo inconsistente, pois, embora previsse metas de expansão de todos os níveis e modalidades de ensino no país, não presumia custos e tampouco fontes de recursos adicionais para financiá-las (SOUZA, 2014 apud DAVIES, 2014).

Para Dourado (2010), esse elevado conjunto de diretrizes e metas [...] retratam a carência de organicidade interna do Plano, na medida em que várias metas são reiteradas, por vezes

superpostas, e, em outros casos, as metas não apresentam a devida articulação interna, especialmente no que se refere a concepções, financiamento e gestão.

O estudo de Ganzeli (2012b) sobre o PNE no eixo educação infantil, contempla as metas vinculadas à sua oferta e gestão, destaca, entre outros aspectos, preocupações com a sua expansão e melhoria no padrão de atendimento, cujos problemas se fazem notar, por exemplo, na redução do atendimento de crianças em tempo integral nas creches (de 61,9% em 2000 para 60,3% em 2007) e na não elevação da taxa de escolarização bruta municipal em creche (em 2007, apenas 2,6% dos municípios apresentavam taxa superior a 50%) e em pré-escola (em 2007, apenas 16,4% dos municípios apresentavam taxa superior a 80%) para os 100% previstos no plano.

Para Vieira (2010), que além de ter tomado por base as metas relativas ao acesso à educação infantil e também considerou aquelas relativas à formação e valorização dos profissionais que atuam nessa etapa da educação básica e aos convênios com creches e pré-escolas, o crescimento do atendimento de crianças em creches no período 2001-2008, da ordem de 8,6%, não foi suficiente para alcançar os 50% de matrículas de crianças de 0 a 3 anos, previstos pelo PNE para 2010, alcançando apenas 18,1%, havendo ainda graves desigualdades de acesso associadas à renda, cor e ao meio rural.

As metas do PNE na educação infantil previam o atendimento das crianças no seguinte escalonamento: 30% das crianças de até 3 anos de idade em cinco anos; 50% das crianças de até 3 anos de idade em dez anos; 60% das crianças de 4 a 6 anos de idade em cinco anos; 80% das crianças de 4 a 6 anos de idade, com 100% de atendimento na idade de 6 anos, em dez anos. Estimava-se, ainda, instalar, em 100% dos municípios, estrutura de supervisão, no período de três anos; assegurar a alimentação escolar para todas as crianças matriculadas e adotar, progressivamente, o atendimento em tempo integral (AGUIAR, 2010).

Os dados de 2007 mostram que houve uma ampliação do percentual (77,6%) de crianças atendidas nas instituições de educação infantil; no entanto, ainda persistem vários gargalos: atendimento limitado na faixa de 0 a 3 anos (17,1%), insuficiente oferta de atendimento em tempo integral, inclusive na área rural (MEC, 2010).

Dourado (2010), avalia questões estruturais e conjunturais de uma política e lança questionamentos referentes à forma como foram implementadas as diretrizes e metas desse documento. Para o autor, as políticas presentes no PNE representam um quadro

denominado de polissemia, uma rede de textos que expressam o embate político e ideológico e o jogo de forças que caracterizam a sociedade capitalista. Nesta avaliação o mesmo autor constatou que o documento apresenta descompasso entre o proposto e o efetivado. As políticas educacionais implantadas, especialmente, pelo governo federal, não tiveram o PNE (2001- 2009) como indutor central de suas ações político-pedagógicas. A dinâmica e a lógica do sistema educativo marcado pelo binômio descentralização/centralização, mesmo apresentando importantes avanços após a sua aprovação, ainda não foram superadas. Segundo o autor, a ausência de centralidade conferida ao referido documento, suscitou contrariamente, novos marcos para os processos de organização e gestão da educação nacional.

No ano de 2009-2010, ocorreu a Conferência Nacional de Educação (CONAE/2010), a qual deliberou bases e diretrizes para o atual PNE, como apontam Barbosa et al (2014). Em junho de 2014 o novo PNE foi elaborado, resultado do Projeto de Lei nº 8.035, com duração de 10 anos de 2014 a 2024. Segundo os autores Bauer e Severino (2015) o Plano Nacional de Educação: [...] se constitui num conjunto de diretrizes galvanizadas pelas políticas públicas para educação, do aparato legislativo e das condições estruturais e materiais necessários ao seu financiamento e ao conseqüente alcance das metas estabelecidas. Obedece ao preceito constitucional de que a educação é um direito universal e que todos devem ter a oportunidade de acesso e permanência na escola.

A Lei nº 13.005, de 2014, que aprovou o PNE 2014, possui 14 artigos e um anexo com 20 metas e 254 estratégias que abarcam os níveis, as etapas e modalidades educacionais; formação e valorização do magistério; gestão e financiamento. (BRASIL, 2014). Entende-se que a consolidação das proposições, metas e estratégias do PNE deve abranger o regime de colaboração entre os sistemas, contando, como afirmou Dourado (2011), com a mediação de instâncias colegiadas no sentido de aprimorar a organicidade do conjunto de políticas públicas educacionais brasileiras. Implica conceber o Estado de modo amplo, reconhecendo a correlação de forças, sem dicotomizar sociedade civil e política.

O PNE foi aprovado em 2014, fixa em seu Art 2º, suas Diretrizes, [...] I - erradicação do analfabetismo; II - universalização do atendimento escolar; III- superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação; IV- melhoria da qualidade da educação; V- formação para o trabalho e para a cidadania, com ênfase nos valores morais e éticos em que se

fundamenta a sociedade; VI - promoção do princípio da gestão democrática da educação pública; VII - promoção humanística, científica, e cultural e tecnológica do País; VIII – estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do Produto Interno Bruto – PIB, que assegure atendimento às necessidades de expansão, com padrão de qualidade e equidade; IX- valorização dos (as) profissionais da educação; X- promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental] (BRASIL, 2014).

Os objetivos e diretrizes do novo PNE, estão em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A Declaração do Milênio considera as principais deliberações de conferências da Organização das Nações Unidas (ONU), nas quais recomendações foram acordadas referentes ao desenvolvimento, incluindo também as chamadas conferências do ciclo social da ONU, realizadas desde 1990. Observa-se também no novo documento, que há uma retomada dos princípios e valores morais e éticos em função do aumento da violência, citada nos relatórios da ONU (BRASIL, 2004).

Em 2015, a Organização das Nações Unidas propôs o Plano de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pela agenda global da ação-2030, apresenta seus dezessete novos objetivos substituindo os objetivos do milênio, o qual estabeleceram objetivos mensuráveis, universalmente acordados para combater a pobreza extrema e a fome, promover saúde e bem estar, expandir a educação primária para todas as crianças, promover igualdade de gênero, condições sanitárias de saneamento, combater alterações climáticas e desigualdade econômica, inovação, consumo sustentável, paz e justiça (BRASIL, 2014).

Buscando comparar o descrito anteriormente traz-se o Plano Nacional de Educação (2014-2024) e suas metas que contemplam as proposições definidas no conteúdo do documento Marco de Ação 2030 no que se refere ao objetivo sobre a educação. O objetivo sustentável de número quatro sobre educação de qualidade, que assegura a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, com a proposta de promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos, desde a primeira infância na educação infantil condiz com as metas do PNE (BRASIL, 2014).

O objetivo 4.1 da ODS prevê garantir que todos os adolescentes completem livremente o ensino secundário, equitativo e de qualidade e levando a resultados de aprendizagem relevantes e eficazes de acordo com as metas do PNE, sendo a meta 2 - universalizar o

ensino fundamental de 9 anos para toda a população de 6 a 14 anos e garantir que pelo menos 95% dos alunos concluam essa etapa na idade recomendada; 3 - universalizar, até 2016, o atendimento escolar para toda a população de quinze a dezessete anos e elevar, até o final do período de vigência deste Plano Nacional de Educação, a taxa líquida de matrículas no ensino médio para oitenta e cinco por cento; 5 - alfabetizar todas as crianças, no máximo, até o final do 3º ano do Ensino Fundamental e 7 - fomentar a qualidade da educação básica em todas etapas e modalidades, com melhoria do fluxo escolar e da aprendizagem de modo a atingir as seguintes médias nacionais para o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB (BRASIL, 2014; ONU, 2015).

O objetivo 4.2 da ODS prevê garantir que todos os meninos e meninas tenham acesso e qualidade no desenvolvimento da primeira infância, bem como os cuidados e educação pré-escolar para os que estão em idade para o ensino primário de acordo com a meta 1 - universalizar, até 2016, a Educação Infantil na pré-escola para as crianças de 4 a 5 anos de idade e ampliar a oferta de Educação Infantil em Creches de forma a atender, no mínimo, 50% das crianças de até 3 anos até o final da vigência deste Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2014; ONU, 2015).

O objetivo 4.6 da ODS prevê assegurar que todos os jovens e uma proporção substancial de adultos, homens e mulheres, consigam alfabetizar-se de acordo com a meta 9 - elevar a taxa de alfabetização da população com 15 anos ou mais para 93,5% até 2015 e, até o final da vigência deste Plano Nacional de Educação, erradicar o analfabetismo absoluto e reduzir em 50% a taxa de analfabetismo funcional (BRASIL, 2014; ONU, 2015).

O objetivo 4.7 da ODS prevê aumentar substancialmente a oferta de professores qualificados, inclusive através da cooperação internacional para a formação de professores em países em desenvolvimento, especialmente os países menos desenvolvidos de acordo com a meta 15 - garantir, em regime de colaboração entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no prazo de um ano de vigência deste Plano Nacional de Educação, política nacional de formação dos profissionais da educação de que tratam os incisos I, II e III do caput do art. 61 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, assegurado que todos os professores e as professoras da educação básica possuam formação específica de nível superior, obtida em curso de licenciatura na área de conhecimento em que atuam e com a meta 20 - ampliar o investimento público em Educação pública de forma a atingir, no mínimo, o patamar de 7% do Produto Interno

Bruto (PIB) do País no 5º ano de vigência desta Lei e, no mínimo, o equivalente a 10% do PIB ao final do decênio (BRASIL, 2014; ONU, 2015).

Os objetivos e metas do PNE 2001-2010 não foram atingidos na exigência de padrões mínimos de qualidade no ensino e de infraestrutura para funcionamento adequado das instituições de educação infantil, na formação específica de professores da educação infantil em nível superior, na gestão interna com a previsão de custos e financiamento para recursos, na redução do padrão de atendimento em tempo integral nas creches e na baixa oferta de matrícula; sendo essas categorias reconfiguradas no novo PNE para cumprimento até a vigência do ano de 2024.

A oferta de um ensino de qualidade se reverbera em professores competentes e qualificados para adequação de conteúdos essenciais no processo ensino aprendizagem dos alunos e na gestão e investimento de recursos de qualidade para um acesso favorável de ensino. Tais ações são fundamentais quando implantadas políticas públicas que envolvam a participação conjunta de líderes políticos, gestores, professores, pais, alunos e a comunidade entorno da escola. As metas propostas pelo PNE 2001-2010 e reafirmadas no PNE 2014-2024 evidencia uma preocupação na formação qualificada, na qualidade de ensino e no processo de aprendizagem de alunos uma vez não cumprida totalmente no plano nacional de educação de 2010. Para um processo de ensino que permita o pleno desenvolvimento das habilidades de compreensão, emoção e comunicação que lhes permitam encontrar seus espaços pessoais, sociais e profissionais e tornar-se cidadãos realizados, produtivos e éticos, está na garantia das metas previstas no plano nacional de educação, desde a infraestrutura mínima à qualificação de professores e investimentos em recursos didáticos, apresentando risco ao futuro educacional e social destas crianças.

O conceito de “educar”, está na colaboração de professores (escola) e alunos na transformação de vidas em processos permanentes de aprendizagem, no auxílio da construção de identidade dos alunos, na escolha do caminho pessoal e futuramente profissional, na vivência, na experiência, na leitura, no sentir, no compartilhar e no sonhar, quando esse processo de aprendizagem é realizado nos espaços em que vivemos, na família, na escola, no trabalho, mas aqui evidenciamos a escola como papel formador de educação inicial deste processo constante de aprendizagem, como a primeiro acesso do indivíduo a educação social, notificando a importância no cumprimento emergente das metas PNE em consonância com os ODS, afim de garantir a qualidade no ensino público.

Uma educação com qualidade envolve muitas variáveis, dentre elas estão a gestão inovadora, aberta, dinâmica, com projeto pedagógico participativo, com infraestrutura adequada, investimento em recursos tecnológicos acessíveis e renovados, professores preparados intelectual, emocional, comunicacional, eticamente e motivados com boas condições de trabalho e alunos motivados e preparados intelectual e emocionalmente para o gerenciamento pessoal e social. Sobre estes conjunto de requisitos o plano nacional de educação se propõe a desenvolver e concretizar a maioria destes, o qual são considerados variáveis para uma educação com qualidade.

A previsibilidade no investimento que garanta a acessibilidade de recursos didáticos e a infraestrutura em padrões mínimos nas escolas deve ter prioridade, pois o acesso ao ensino deve garantir a estrutura física do local com instalações adequadas a fim de promover segurança e conforto no processo de aprendizagem, além da motivação e investimento aos professores para a busca na capacitação e especialização na formação dos alunos, como tripé para uma base sólida em torno de uma educação que promova impacto de transformação social.

A avaliação do Plano aparece no novo documento, para executar, avaliar e monitorar o PNE 2014-2024, por ordem de hierarquia, estão: I- Ministério da Educação– MEC; II- Comissão de Educação da Câmara dos deputados CEE Comissão de Educação, Cultura, Esporte do Senado Federal – CE; III- Conselho Nacional de Educação– CNE; IV Fórum Nacional de Educação – FNE. Demandado pela CONAE, tal avaliação será realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP, a cada dois anos. No que se refere ao financiamento será avaliado o investimento em relação ao PIB, somente no 4º ano de vigência do Plano. No 5º ano, segundo o documento, terá de ser investido um percentual de 7% do recurso público em educação, advindos dos recursos do petróleo e do gás natural (BRASIL, 2014).

A União deve realizar duas conferências nacionais no período de vigência do Plano, que serão realizadas de 4 em 4 anos, somente nas fases nacionais. Compete ao Fórum Nacional de Educação- FNE, acompanhar e promover articulação entre as discussões das conferências estaduais e nacionais, como forma de subsidiar a articulação do Plano para o próximo decênio. Outro ponto central das políticas educativas atualmente se refere à avaliação da Educação Básica. No ano 1997 houve a montagem do Sistema Nacional de Avaliação, que por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

Anísio Teixeira - INEP, uma entidade vinculada ao Ministério da Educação, que visava a pesquisa educacional, foi transformada em um órgão executor de avaliações externas, em todos os níveis e modalidades (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde, publicou a Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno mediante atenção e cuidados integrais e integrados desde a gestação até os 9 anos de idade, com especial zelo à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando a um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

A PNAISC possui princípios e diretrizes interfederativos a serem considerados na elaboração dos planos, dos programas, dos projetos e das ações de saúde voltados para crianças e está estruturada sobre sete eixos estratégicos, descritos a seguir: 1) Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; 2) Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; 3) Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; 4) Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; 5) Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; 6) Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade e 7) Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Esses eixos têm por finalidade orientar e qualificar as ações e os serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e dos riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

Na década de 80 devido esforços e união de órgãos não-governamentais, comunidade acadêmica, pesquisadores e população civil pelo direito a educação e qualidade no ensino, em 1988 pela Carta Constitucional e em 1990 pelo Estatuto da Criança e do Adolescente reforça o dever do Estado na garantia e oferta de creches e pré-escola para crianças de 0

a 6 anos para o desenvolvimento biopsicossocial, moral e espiritual. Nos anos de 1994 a 1996 com a criação da Política Nacional de Educação Infantil e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Infantil com inserção da educação infantil como parte da educação básica, bem como no desenvolvimento de diretrizes pedagógicas e qualidade no ensino. Em 2001 com reformulação em 2014 o Plano Nacional de Educação em consonância com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (2015) apresentam objetivos de universalizar a educação, alfabetizar todas as crianças, ampliar a oferta de vagas nas creches e pré-escolas, a formação de professores qualificados, a gestão e financiamento na educação infantil. Em 2015 pelo PNAISC apresenta como objetivo a proteção da criança e o aleitamento materno mediante atenção e cuidados integrais e integrados, pleno desenvolvimento e à redução da morbimortalidade, com gestão interfederativa.

As políticas e legislações garantem espaços para o desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social, com ações e serviços específicos à saúde da criança no território a partir dos determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade. E compreender essa criança como um ser integral e integrado favorece a garantia dos direitos fundamentais, sendo essencial que a abordagem da primeira infância envolva políticas sociais que dialoguem entre si, com ações coordenadas e integradas entre diferentes profissionais e setores convivendo com a visão do todo. Sendo esta visão, o profissional de Fisioterapia, entre outros, pode desenvolver ações intersetoriais na atenção primária à saúde (APS) afim de garantir o direito das crianças ao acesso ao serviço público de saúde, com atendimento integral.

2.4. Programas na educação infantil e saúde

Segundo a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS) com ênfase na atenção primária, visa ações para incorporar e implementar ações de promoção da saúde, prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde com foco em ações de alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A PNPS compreende que as práticas corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da

dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de maneira sistemática (nos espaços formais das aulas de educação física nas escolas, por exemplo) e/ou de maneira não sistemática (nos espaços de lazer, no tempo livre). Assim, o Campo da Atividade Física amplia as possibilidades de organização e escolha dos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, entendidos como benéficos à saúde de sujeitos e coletividades, e investe na constituição de mudanças quanto aos modos de produção da saúde nas unidades que compõem o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No contexto da Rede de Atenção à Saúde e ações intersetoriais, podemos destacar em 1953 a Lei 1.920, de 25 de Julho, a criação do Ministério da Educação e Saúde (MÊS), com uma divisão em três órgãos: Saúde e Educação e Cultura, ao qual em seu Art. 3º declara que o Ministério da Saúde são transferidos todos os atuais órgãos e serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, atinentes à saúde e à criança, e desmembrados os que exerçam atividade em comum. A partir desse momento o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), apresentando desde então o início das ações integradas entre os ministérios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1953)

Instituído em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), surgiu como uma política entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica primária e educação de forma integrada, por meio de ações de: I - Avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral a elas na Rede de Atenção à Saúde; II - Promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde, visando à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e III - Educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens (MINISTÉRIO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO, 2015).

Devido a parceria dos ministérios (saúde e educação) na criação e desenvolvimento das ações do PSE, sendo o fisioterapeuta, um profissional com proposta de atendimento

integral em todos nos níveis de atenção, na atenção primária pode atuar no âmbito da promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde em várias etapas do ciclo da vida, sobretudo na saúde da criança desde seus primeiros marcos motores nos primeiros meses de vida aos cinco anos onde a destreza motora, equilíbrio, coordenação e motricidade fina estão se aperfeiçoando podem ter um monitoramento com este profissional, junto com os demais profissionais que estão diretamente relacionado com a criança, como o pedagogo, profissional de educação física, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, , entre outros. Um plano estratégico deve ser traçado junto com a equipe interprofissional, com o objetivo de promover uma atenção integral e equitativa das crianças, na avaliação das vulnerabilidades psicofísicas e sociais das crianças e famílias, desenvolvimento de atividades individualizadas e/ou coletivas de prevenção e promoção de saúde, capacitações aos profissionais da educação, pais, alunos e encaminhamentos aos serviços secundários de saúde.

Dentro deste cenário, na ampliação da qualificação da atenção primária, em 2008 foi instituído os Núcleos Ampliado à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolubilidade, com participação interdisciplinar inclusive a do profissional fisioterapeuta (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010).

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Dentre os diversos profissionais de saúde que compõe as equipes do NASF, estão o médico acupunturista, ginecologista/obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, médico do trabalho, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico veterinário e profissional de saúde sanitaria.

A participação do fisioterapeuta no NASF representa uma primeira aproximação formal da fisioterapia com a atenção primária sob o ponto de vista de uma política de saúde. O profissional do NASF deve realizar suas ações de acordo com algumas diretrizes relativas à APS, uma vez que ações de nível secundário e terciários são características de atuação do fisioterapeuta.

No entanto, o Ministério da Saúde (2020) publicou uma nota técnica em 28 de janeiro de 2020 que acaba com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Na prática, significa que os gestores municipais ficam livres para compor essas equipes da forma como quiserem, e não mais seguindo os parâmetros dessa iniciativa criada para ampliar o trabalho conjunto e integrado de profissionais de diferentes áreas do conhecimento na Saúde da Família. A mudança foi publicada na Nota Técnica nº 3 do Departamento de Saúde da Família, vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. O texto diz ainda que, a partir de 2020, o Ministério não realizará mais o credenciamento de NASF-AB.

Com o novo modelo de financiamento de custeio da APS, instituído pelo Programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre os quais as normativas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às pologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Nesse cenário, diante da responsabilidade de garantir a melhoria e o cumprimento gradual desses indicadores, é importante que a gestão estruture a APS de modo a promover a atuação articulada entre as diversas categorias profissionais que influenciam qualitativamente todos os serviços da APS. Esse trabalho estruturado deve ampliar, de fato, a capacidade de cuidado e incidir sobre a melhoria da situação sanitária e epidemiológica da população, além de favorecer a vigilância das condições de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O novo modelo de financiamento da APS permite ainda que gestores municipais conheçam melhor as necessidades em saúde da população e sua demanda local com base no cadastro da população e no resultado dos indicadores, que definem, respectivamente, os valores de repasse da capitação ponderada e do pagamento por desempenho. Vale pontuar também que, a partir de 2021, conforme Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, haverá um indicador relacionado à atuação de equipes multiprofissionais na APS incorporado ao rol de indicadores monitorados para o pagamento por desempenho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020.)

A atuação interprofissional era uma ação priorizada pelos profissionais do NASF e o financiamento repassado da esfera federal para os municípios, no entanto com a abolição deste programa a atenção primária e a estratégia de saúde da família (eSF) ficaram descobertas e a população desassistida pelos profissionais de saúde que compunha o NASF. As interconsultas, discussões de casos, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes são frutos de ações interprofissionais em busca de resolutividade, com essas perdas a preocupação é o poder centrado no médico, com redução do caráter multiprofissional, dificultando assim o trabalho assistencial de atenção integral. No entanto, no que se diz respeito a descentralização, os municípios na gestão da Secretaria Municipal de Saúde se responsabilizarão para a criação de equipes multiprofissionais, o que poderá engessar em um modelo de necessidade regional e na restrição do financiamento.

O desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde na atenção primária, previsto nos objetivos do modelo do NASF, podem recair na centralidade médica, ou seja, na recuperação e tratamento de doenças, pois as equipes multiprofissionais serão compostas e organizadas pela gestão municipal, o qual não estabelece um padrão normativo de aplicação das ações como o modelo do NASF, apresentando um risco para o retrocesso em ações de nível primário.

O sentido de um núcleo ampliado as equipes de saúde da família, tem como objetivo ampliar e preencher o escopo na atenção primária com a participação de diferentes profissionais da saúde que não compõe as equipes de estratégias de saúde da família, com uma gestão compartilhada e interdisciplinar, no entanto, a partir da abolição deste

programa, o acesso a população e a assistência na saúde pública fica à mercê, vulnerável com deficiências, pois um provável aumento pela busca destes serviços especializados deverá ocorrer nos centros de reabilitação, hospitais, ambulatórios, o qual poderiam ter resolutividade na atenção básica.

A universalidade é um dos princípios doutrinários do SUS que se destina ao acesso universal a todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde pública garantido pela União, com a proposta de oferecer um atendimento humanizado e integral, com alto poder de resolutividade dentro da APS, no entanto, com algumas mudanças neste atual modelo das equipes multiprofissionais irão promover a interrupção do financiamento da APS.

A autonomia dos gestores frente a organização e formulação das equipes multiprofissionais, expõe o município as possíveis manipulações e interesses políticos, o qual possivelmente aumentará as desigualdades regionais, com ataque ao princípio constitucional da equidade em saúde e estímulo as terceirizações e privatizações dos serviços da atenção básica em saúde.

Entre as diversas ações dos profissionais do NASF estão o planejamento territorial e vigilância a saúde junto aos profissionais da eSF, o qual podem ser prejudicadas na ação comunitária devido o vínculo entre as equipes e território que podem ser abaladas pelas equipes multiprofissionais.

A proposta do ministério da saúde apresenta ameaças aos princípios doutrinários e organizacionais as equipes de eSF e atenção básica a saúde, sendo um retrocesso a participação e controle social prevista pela Lei 8.142/1990 a mudança para um novo modelo de financiamento.

Com a criação da PNPS (2006), apresentando como proposta as atividades nas Escolas Promotoras de Saúde, com ações para a alimentação saudável, práticas corporais e atividade física regular em consonância com o PSE (2007), tendo como objetivo a integralidade do cuidado em âmbito escolar e/ou na unidade básica de saúde, também apresenta a prevenção e promoção a saúde, avaliação clínica e biopsicossocial e educação permanente aos profissionais de saúde, educação e jovens, oportunizando assim a participação do profissional de Fisioterapia com ações na APS.

Em 2008 com a criação do NASF, na abrangência e desenvolvimento de ações na atenção primária, consolidou a prática interdisciplinar por meios de visitas e atendimentos

domiciliares, formulação de projetos terapêuticos, interconsultas, ações territoriais, atuações intersetoriais e discussão dos processos de trabalho. No entanto, em 2019 pela portaria 2.979, pelo Programa Previne Brasil desvincula as equipes multiprofissionais ao modelo do NASF, com a organização, composição das equipes profissionais, atuação profissional e financiamento a cargo da gestão municipal e secretaria de saúde. Os cuidados em saúde da criança passam, necessariamente, pelas políticas específicas e intersetoriais, que são responsáveis por garantir ações de promoção a um desenvolvimento infantil adequado em todos os seus aspectos, neste contexto a comunicação, bem com o desenvolvimento de ações entre os setores saúde e educação são fundamentais, a fim de alcançar o pleno desenvolvimento. O modelo integral envolve o contexto de vida, das famílias, do território em que reside, da assistência em saúde que o cerca, sendo imprescindível o acompanhamento de profissionais da saúde nesta primeira infância. Dentre estes, o Fisioterapeuta pode atuar na APS, desenvolvendo ações interdisciplinares e intersetoriais, com objetivo equitativo e integral as demandas na primeira infância.

Ao realizar as correções da versão final da dissertação, surgiu a positiva e alegre notícia sobre as equipes multiprofissionais na APS. O cuidado multiprofissional na APS, principal porta de entrada do SUS, volta a ser prioridade do Ministério da Saúde. Com investimento de mais de R\$ 870 milhões em 2023, a pasta retoma o custeio de equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas como nutricionistas, fisioterapeutas, pediatras, psicólogos, ginecologistas e farmacêuticos. A eMulti, lançada em 22 de maio de 2023, fortalece o cuidado multidisciplinar com o aumento do valor do repasse aos estados e municípios para o custeio das equipes e novas especialidades, com a inclusão de cardiologistas, dermatologistas, endocrinologistas, infectologistas e hansenologistas. Assim, o Governo Federal amplia o acesso à saúde, à prevenção de doenças e diagnósticos para mais de 85 milhões de brasileiros, com a esperança do fortalecimento e do cuidado multiprofissional na Atenção Primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

A retomada das equipes multiprofissionais é fundamental para assegurar o cuidado integral da população, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde na Atenção Primária, já que os brasileiros terão acesso aos atendimentos especializados nas Unidades Básicas de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

2.5. Formação acadêmica do profissional de Fisioterapia

No cenário internacional, no final dos séculos XIX e início do século XX, as primeiras escolas de formação de fisioterapeutas se deram na Inglaterra em 1895, Alemanha em 1902, além de outras instituições criadas nos países europeus, nos Estados Unidos, Canadá e Austrália. Na América Latina as primeiras instituições foram criadas entre 1940 e 1950, na Colômbia em 1952 e 1953 com a Escola Nacional de Fisioterapia, no Chile em 1956 com a Escola de Fisioterapia na Universidade do Chile, na Argentina em 1925 com a formação profissional pelo Instituto Municipal de Radiologia e Fisioterapia (BARROS, 2008).

A fisioterapia surgiu no Brasil a partir da década de 1900, com a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, em 1956, o Instituto de Reabilitação de São Paulo, em 1958, e a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (Fundação Arapiara), em 1962. Em 1929 teve a criação do primeiro curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, sendo a motivação principal para sua criação devido ao grande número de portadores de sequelas da poliomielite – então com elevada incidência – com distúrbios do aparelho locomotor, bem como o crescente aumento de acidentes de trabalho (BISPO JÚNIOR, 2009).

A antiga Escola Nacional de Educação Física e Desportos da Universidade do Brasil – ENEFD (atualmente Escola de Educação Física e Desportos da UFRJ) e a Escola de Educação Física do Exército ofereciam disciplinas de fisioterapia na formação de profissionais de educação física e de médicos especializados em medicina desportiva. O professor Camilo Abud, catedrático em fisioterapia da ENEFD, ministrou também cursos de "instrução de recuperadores", "treinamento e massagem" e formação em massagem desde a criação da Escola em 1939. Os serviços de fisioterapia existentes em diversos hospitais do Rio de Janeiro (Hospital Carlos Chagas, Barata Ribeiro e Santa Casa de Misericórdia) treinavam seus próprios funcionários em serviço ou recebiam os egressos dos cursos ministrados pelo professor Camilo Abud (BARROS, 2008).

Também em São Paulo, existia a formação em serviço de técnicos para trabalharem em hospitais. Um exemplo deste tipo de formação foi o curso "Raphael de Barros", oferecido no início dos anos 1950. O objetivo da formação era capacitar profissionais auxiliares médicos chamados de "técnicos operadores em fisioterapia", em um curso com um ano de duração¹². A formação era uma exigência para todos que trabalhavam no serviço de

fisioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. Este curso teve início em 1951 e encerrou suas atividades em 1956 (OLIVEIRA 2005).

A formação em fisioterapia no Brasil evoluiu de forma lenta nas décadas de 1970 e 1980, elevou consideravelmente o número de cursos e de vagas na década de 1990 e atingiu acelerada expansão a partir de 1997. Durante a primeira metade do século passado, o quadro epidemiológico brasileiro caracterizou-se pelo predomínio de doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo as epidemias de varíola, malária, febre amarela, poliomielite, tuberculose e sífilis (BISPO JÚNIOR, 2009; MARQUES et al, 1994).

Essas doenças e suas sequelas ocasionaram a diminuição da mão de obra disponível, o que pressionou o Estado no sentido de garantir força de trabalho, tornando-se uma estratégia utilizada para a gestão de produtividade com influência significativa no modo de produção nos aspectos econômicos, políticos e sociais na organização da vida em sociedade.

A reação veio sob a forma do sanitarismo campanhista, que objetivava debelar as grandes epidemias que assolavam o país. Nesse período, o Brasil também passou por mudança de sua economia, deixando a condição de país agroexportador para adotar o modelo de produção capitalista, com o surgimento das primeiras indústrias (BISPO JÚNIOR, 2009).

Os elementos a serem explorados no capitalismo são o capital, recursos naturais e força de trabalho, sendo está destinada ao proletariado pela relação com a burguesia a fim de atingir os objetivos previsto na empresa, assim o modo de produção vigente nos séculos do capitalismo industrial permitiram o aumento da produtividade, a diminuição dos valores das mercadorias e a acumulação de capital; por outro lado, esses avanços só foram possíveis a partir de condições precárias de trabalho, jornadas de trabalho muito altas, diminuição dos salários e aumento do desemprego, visto ao cenário empregador e empregado; já numa visão global trouxeram algumas mudanças negativas como o aumento da desigualdade socioeconômica, com o enriquecimento de uma pequena parcela da população e empobrecimento das camadas mais pobres, as crises econômicas cíclicas, pela alta produção, consumo, emprego e recessão apresentando vulnerabilidade econômica, concentração do poder econômico, promovendo um cenário em que o sistema capitalista pode ser controlado por algumas empresas devido acúmulo do capital.

Em decorrência, cresceu o número de trabalhadores acidentados e lesionados e a consequente necessidade de reinserção desses trabalhadores no mercado de trabalho. Assim surgiu a fisioterapia como instrumento de reabilitação da mão de obra e sua reintegração à força produtiva. A regulamentação da fisioterapia como profissão de nível superior ocorreu em 1969, com o decreto-lei 938, no auge da ditadura militar no país e quando se agravaram as condições de saúde da população devido à sobrecarga epidemiológica e à deficiência do sistema assistencial brasileiro (MARQUES et al, 1994).

No que tange à formação de fisioterapeutas, o modelo de formação neoliberal-capitalista encontrou sólido alicerce no já estruturado modelo biologicista-privatista, com atuação no nível terciário. O fato de que o fisioterapeuta, além de estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais da saúde com formação direcionada para a doença, padece desse infortúnio de forma mais acentuada, já que é visto como ‘o profissional da reabilitação’, ou seja, aquele que atua exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida (SILVA, et al, 2007).

O objeto de trabalho e a formação em fisioterapia no Brasil, destacam a limitação da prática fisioterapêutica direcionada para o indivíduo doente, referindo a inadequação da formação em fisioterapia e sua descontextualização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos novos modelos de atenção (BISPO JÚNIOR, 2009; SILVA, et al, 2007).

Um dos fatores que contribuem para explicar essa situação é a própria opção da fisioterapia em constituir-se como profissão liberal, direcionada para o atendimento à classe média e aos estratos de maior poder econômico. Durante muitos anos, o fisioterapeuta atuou como profissional autônomo, com atividade desenvolvida quase sempre em clínicas privadas, centros de reabilitação ou hospitais e voltada para a reabilitação de disfunções do sistema musculoesquelético. Parece ter ocorrido certa letargia, por parte desses profissionais, em discutir e apresentar proposições sobre as contribuições da fisioterapia para promoção da saúde e prevenção de doenças e sobre intervenção em âmbito coletivo. A atuação dirigida apenas para a reabilitação impõe restrições à prática do fisioterapeuta, que se limita a intervir quando a doença já está instalada e, na maioria dos casos, de forma avançada (REBELATTO, 1998).

Rebelatto (1998) denomina essa situação “inércia profissional”, caracterizada pela passividade dos profissionais, que só atuam em face de problemas de saúde já instalados

e só prestam assistência aos que procuram os serviços quando não suportam mais sua condição patológica. Nesse caso, destacam-se como locus de atuação o hospital e a clínica de reabilitação, espaços tradicionalmente estabelecidos e popularmente valorizados para a prática fisioterapêutica. A priorização desses espaços condiciona e restringe as possibilidades de intervenção em apenas um nível de atenção, a reabilitação. Tal situação impõe à população grande carga de doenças e sequelas que poderiam ser, muitas vezes, evitadas.

Constata-se, ainda, que grande parte das incapacidades está relacionada aos hábitos e condições de vida, sendo, portanto, evitável e passível de prevenção, pois há fatores e determinantes sociais que impactam a saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS et al, 2007).

Estudos sobre determinantes sociais apontam que há distintas abordagens possíveis. Além disso, que há uma variação quanto à compreensão sobre os mecanismos que acarretam as iniquidades de saúde. Por isso, os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois vão além, influenciando todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo, quanto da coletividade na qual ele se insere (BUSS et al, 2007).

Entre os desafios para entender a relação entre determinantes sociais e saúde está o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não havendo uma simples relação direta de causa-efeito.

Daí a importância do setor saúde se somar aos demais setores da sociedade no combate às iniquidades. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são importantes neste processo, além da própria conscientização do indivíduo sobre sua participação pessoal no processo de produção da saúde e da qualidade de vida (BUSS et al, 2007).

Dessa forma, pode-se considerar que, contrariamente à existência de excesso de profissionais, o que ocorre é a carência de fisioterapeutas em atuação nos níveis primário e secundário. Não basta que o SUS, proporcione a aproximação entre a fisioterapia e as necessidades da população; a fisioterapia deve adequar-se e preparar-se para atuar de acordo com a nova lógica de organização dos modelos de atenção e o perfil epidemiológico da população. Para uma atuação capaz de transformar as necessidades coletivas, a fisioterapia precisa redimensionar seu objeto de intervenção, aproximando-se do campo da promoção da saúde e do movimento da saúde coletiva sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Esse redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional conduz a mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do fisioterapeuta (BRASIL, 2004).

A estrutura, a metodologia de ensino e a organização curricular dos cursos de fisioterapia ainda não se baseiam nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde, e existe pouco envolvimento dos discentes e docentes com políticas institucionais e governamentais. No início do século XXI parece haver o despertar para a necessidade de redimensionamento do modelo de formação em fisioterapia e da construção de outro perfil profissional. Algumas iniciativas demonstram as preocupações com a inadequação do perfil profissional à realidade epidemiológica e sanitária, e iniciam um processo de transformação do ensino da fisioterapia no Brasil (MEYER et al, 2006).

Com a criação da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (Abenfisio) no dia 5 de abril de 2001, entidade que congrega docentes, discentes e coordenadores de cursos de graduação, aprofundam-se os debates sobre a formação em fisioterapia. A entidade promove semestralmente fóruns nacionais de discussão a respeito do ensino da fisioterapia, nos quais se realizam avaliações e se discutem a qualidade do ensino e o modelo de formação. Também são estruturadas novas propostas e abordagens de ensino, com formação fundamentada nos princípios do SUS e articulada com os saberes da saúde coletiva. A Carta de Vitória (2004), documento-síntese do 1º Congresso Nacional do Ensino da Fisioterapia, constitui referencial para a qualidade da formação na área. O documento sublinha os principais problemas do ensino da fisioterapia e propõe algumas medidas de referência para a qualidade do ensino. Ainda como parte integrante do processo de mudança na formação profissional em fisioterapia, destacam-se as contribuições da Rede Unida na mobilização, discussão, crítica e proposição de novos

modelos de formação em saúde no país, em que a formação em fisioterapia tem obtido crescente destaque. (BISPO JÚNIOR, 2009).

A capacitação do profissional para a ação preventiva e educativa é de extrema importância para a comunidade em que atua, contribuindo para a melhora da qualidade de vida. Um documento (além do atual das diretrizes curriculares), cujo conteúdo parece ir além da concepção de uma assistência em nível curativo ou reabilitador, é o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta, que apresenta além dos termos relacionados à recuperação também a promoção da saúde do indivíduo, bem como a participação em programas de assistência à comunidade em diferentes níveis de assistência à saúde. Para desenvolver atividades deste nível, os profissionais devem estar bem preparados e informados sobre as políticas de saúde e particularmente sobre o SUS (SILVA et al, 2007).

No processo de construção e implantação do SUS, os fisioterapeutas brasileiros, assim como os demais profissionais de outras áreas do conhecimento, se defrontaram com novas demandas que os convocavam a expandir o foco de intervenção, ampliando sua atuação para além da esfera da reabilitação, de modo a produzir práticas de prevenção de enfermidades e promoção da saúde. Para que esse objetivo fosse alcançado, foi necessário repensar e reformular a formação dos profissionais de saúde brasileiros (SILVA et al, 2007).

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia datam de 2002 e determinam que o formando vivencie uma formação generalista, humanista, desenvolvendo uma visão crítica e problematizadora da natureza social do processo saúde-doença, sem que, no entanto, perca o rigor científico e intelectual específico da profissão. Soma-se, ainda, uma maior ênfase em conteúdos técnicos e disciplinas biomédicas, abrindo pouco espaço para discussões situadas na interface com o campo das ciências humanas e sociais. O modelo de ensino tradicional hegemônico, ainda praticado por muitos cursos de Fisioterapia, tem por característica formar profissionais com um perfil curativo-reabilitador-privatista que visa o processo de cura, por meio da aplicação de técnicas e recursos tecnológicos, tendo como ambiente de prática os hospitais e as clínicas particulares de reabilitação. Desse modo, a formação do fisioterapeuta brasileiro tem sido direcionada à atuação no controle de danos, restringindo a prática à reabilitação, com pouco enfoque à integralidade.

Visto que a integralidade do cuidado ao indivíduo é uma preocupação de todas as profissões da saúde, pois são necessário a equipe de saúde um olhar sobre cada pessoa sendo um ser indivisível e integrante de uma comunidade, visando articulação das ações em todos os níveis de atenção, como a prevenção, promoção, proteção e recuperação a saúde inserida em um sistema de saúde que apresentam graus de complexidade e recursos específicos, formando uma rede capaz de promover atendimento integral.

A indivisibilidade está na ótica da pessoa e no serviço de saúde ofertado, sendo assim a integralidade em saúde pode ser dividida por duas dimensões, sendo a dimensão horizontal, que se refere a ação da saúde em todos os campos, sendo a hierarquização e regionalização dos serviços, referencias e contrarreferência com descentralização e resolutividade; a dimensão vertical que inclui a visão do ser humano como um ser biopsicossocial, único e todo, o que extrapola os aspectos biológicos. Assim, pressupõe-se um olhar para as questões espirituais, psicológicas, sociais, cultural, biológico, entre outros (AGUIAR, 2015).

Sendo assim, essa prática profissional do cuidado integral abrange aspectos mais amplos do contexto do indivíduo, do que apenas o físico e biológico, do que a ausência ou presença de doenças, e deve ser uma bandeira de luta pelos profissionais, pois abrange as relações de um ideal para uma sociedade mais justa. No entanto, são necessários um conjunto de ações em que todos os envolvidos devem realizar seus papéis como agente responsável pela busca da integralidade, sendo os atributos da prática dos profissionais de saúde, a organização dos serviços públicos de saúde e as respostas governamentais aos problemas de saúde (AGUIAR, 2015).

A inserção do fisioterapeuta nos serviços da APS é um processo em ampliação, que esteve associado durante algum tempo à gênese da profissão, quando este profissional era rotulado como reabilitador, tratando apenas a doença e suas sequelas. Essa lógica, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na APS (RIBEIRO, 2002).

Com base na atuação do fisioterapeuta na APS compreende ações de caráter na educação em saúde, visita domiciliar, atividades em grupo, dentre estes com foco na saúde da criança e de adolescentes, investigação epidemiológica e planejamento das ações, atividades interdisciplinares, atendimentos individuais na unidade básica de saúde,

atenção aos cuidadores e atuações intersetoriais (PORTES et al, 2011, RODRIGUES, 2008).

Partindo desta ótica do fisioterapeuta na atenção APS, como agente interprofissional pode contribuir na saúde da criança, promovendo atividades em grupos com estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor por meio de atividades lúdicas, além da recuperação em saúde nas crianças que necessitam de atendimentos individualizados, orientações por meio de palestras aos educadores, treinamento/capacitações aos pais e profissionais sobre diferentes assuntos que envolvem os cuidados com a criança (DAVID et al, 2013, SÁ et al, 2013).

No cenário internacional a partir de 1895, na América Latina (1940) e no Brasil (1900) tiveram as primeiras formações profissionais, porém a criação do primeiro curso técnico foi em 1929 na Santa Casa de Misericórdia (SP) oferecendo a assistência aos pacientes com sequelas de poliomielite. Em 1997 houve uma expansão nos cursos, paralelamente com elevados índices de trabalhadores com doenças infecciosas e parasitárias. Em 1969 foi regulamentado a profissão, em um período que a população sofria de agravos à saúde, com deficiência no assistencialismo a saúde no auge da ditadura militar. Desde então o modelo de formação profissional apresenta como proposta biologicista-privatista, centrado na doença, no tratamento e recuperação de sequelas com atuação em nível terciário, ao contrário dos princípios estabelecidos pelo SUS que apresenta novos modelos de atenção, que distanciam da reabilitação e recuperação, com modificações dos determinantes sociais de saúde e na prevenção dos agravos à saúde.

Em 2001 com a Abenfisio e pela Carta de Vitória (2004), foram levantados os problemas e lacunas na formação do fisioterapeuta, com a inserção dos princípios do SUS e discussões na abrangência a saúde coletiva. Visto a integralidade do cuidado, entendo o indivíduo com um ser indivisível, todo e biopsicossocial inserido em um território, é fundamental a articulação em todos os níveis de assistência à saúde da criança, com ações intersetoriais, com objetivo de oferecer uma atenção integral à saúde na primeira infância, tendo o profissional da saúde Fisioterapeuta como parte desta equipe integral do cuidado.

2.6. Promoção da Saúde

O conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral (SEGRE, FERRAZ, 1997).

Irreal pela perfeição que é atribuída às três dimensões do corpo e não pelo equilíbrio entre estas e restrição ao bem-estar, tendo inter-relação com fatores externos; ultrapassada pela exclusão de fatores determinantes relacionados diretamente a saúde, como condições de vida e trabalho, habitação e moradia, nível escolaridade, renda e condições econômicas; unilateral, pois a dinâmica que ocorre no processo saúde é intersetorial e multidirecional, pois envolve vários setores, como educação, assistência social, saneamento básico, setor econômico e político, tendo um olhar amplo dentro deste conceito.

Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, é o de campo da saúde, formulado em 1974 por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá - país que aplicava o modelo médico inglês (SCLIAR, 2007).

De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange: a biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: etilismo, tabagismo e sedentarismo; a organização da assistência à saúde, a assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos (SCLIAR, 2007).

A amplitude do conceito da OMS acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse (1977): saúde é

ausência de doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor (SCLIAR, 2007).

Promover saúde, é algo distinto de prevenir doenças e tratá-las. A divisão clássica entre as três principais estratégias para intervir no processo saúde-doença inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, acidentes e violências, tratamento e reabilitação de sequelas. As ações derivadas de cada uma destas estratégias estão com grande frequência imbricadas, pois são complementares no esforço integrado de melhorar a saúde da população (BUSS, 2002).

É reconhecido pelos pesquisadores e sociedade que a saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor, é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que combinam em cada sociedade de formas específicas, ou seja, a saúde tem representatividade diferente para as pessoas, pois dependerá da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, das concepções científicas, religiosas e filosóficas.

A promoção da saúde é um movimento surgido na década de 1980 no Canadá, o qual, posteriormente, alcançou escala mundial. Inicialmente definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002), atualmente ela pode ser compreendida como “um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial [...] buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (BRASIL, 2014).

A promoção da saúde tem sido implementada em diversos contextos, com distintas concepções e propostas de intervenção. Pode-se entender a promoção da saúde, como atividades que consistem centralmente na transformação de comportamentos dos indivíduos, como mudanças nos hábitos de vida. No entanto, saúde é um produto de amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, com influência dos fatores sociais de saúde (BUSS, 2002).

A criação e aplicação de políticas públicas inter e intrasetoriais, modificações dos determinantes sociais de saúde, ampliação da consciência sanitária, mudanças de hábitos de vida, aspectos comportamentais e educação em saúde são ações de promoção da saúde

dirigidas a impactar a qualidade de vida. Para melhorar as condições de saúde da população, são necessárias profundas mudanças nos padrões econômicos, políticos e sociais, sendo fundamental ações intra e intersetorial em busca de indivíduos saudáveis.

Sendo assim, as atividades de promoção estariam mais voltadas aos coletivos de indivíduos e ao ambiente, compreendendo no sentido amplo, como ambiente físico (natural e construído), social, cultural, político e econômico, o que só seria possível através de políticas públicas intersetoriais, ambientes favoráveis para o desenvolvimento da saúde e na capacidade e ação da comunidade em prol da saúde (BUSS, 2002).

Os cuidados primários de saúde, adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria (SCLIAR, 2007).

No espaço escolar, o saber teórico e prático sobre saúde e doença foi sendo construído de acordo com o cenário ideológico de cada época e as questões sobre saúde abordadas com base no referencial teórico de cada momento (GONÇALVES et al, 2008).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPS (1995), a promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental (PELICIONI & TORRES, 1999).

Durante algum tempo, a educação em saúde na escola centrou sua ação nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, considerar as inúmeras influências provenientes da realidade em que as crianças estavam inseridas. Era comum acontecerem ações isoladas voltadas ao trabalho para saúde, partindo de uma visão assistencialista de educação e sem discutir a conscientização acerca do tema saúde e suas interrelações para o equilíbrio dinâmico da vida (PELICIONI & TORRES, 1999).

Neste contexto, em 1954, a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde - OMS colocou a necessidade de serem realizadas, dentro

do espaço escolar, diversas atividades que favorecessem a promoção da saúde, e não somente o trabalho de transmissão de conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde. Nesse sentido, foi apresentada uma abordagem inicial ao conceito de Escola Promotora de Saúde (OMS, 1954).

Durante a década de 60, o amplo debate realizado em várias partes do mundo, realçando a determinação econômica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. Entre os inúmeros intentos registrados com tal orientação, merecem destaque especial a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior - com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde, sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-1974), e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde - *Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses* (1974), posteriormente reforçado com o Relatório Epp - *Alcançando Saúde Para Todos* (1986) (BRASIL, 2002).

Estes dois acontecimentos estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de APS, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas Conferências realizadas sobre o tema (FERREIRA et al, 2001; BRASIL, 2002).

Tomando-se apenas alguns trechos da Declaração de Alma-Ata (1978) é possível demonstrar como foi suficientemente clara ao indicar:

I. A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;

III. A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial;

IV. A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e na aplicação das ações de saúde;

VII-1. A atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades;

VII-3. Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptidão de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais;

VII-4. Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores;

VII-5. Exige e fomenta, em grau máximo, a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde.

O outro elemento que veio a reforçar essa evolução foi o Relatório Lalonde, já citado anteriormente, com a caracterização do campo da saúde e a evidência de que o tradicional padrão assistencial era o componente deste campo que menos efeito parecia ter para promover uma melhor saúde, com o qual uma maior importância passaria a ser concedida

aos outros três componentes de biologia humana, ambiente e hábitos de vida. Com isto, já na 34ª Assembléia Mundial da Saúde, na elaboração do Sétimo Programa de Trabalho da OMS (1984 - 1989), foram incorporados os determinantes da saúde (FERREIRA et al, 2001; BRASIL, 2002).

Enquanto isto, no Canadá o avanço foi limitado, praticamente concentrando-se, num primeiro momento, no quadrante do campo da saúde correspondente aos estilos de vida, com ênfase na ação individual, fato que foi objeto de amplo criticismo porque, ao mesmo tempo que poderia influenciar o alcance de uma melhor saúde, estava, por outro lado, culpando a própria vítima por sua possível enfermidade. Contrário a esse enfoque individual da promoção da saúde surgiu a abordagem social, destacada, entre outros, pelo Relatório de Sir Douglas Black em 1980, na Inglaterra, que despertou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2002).

No ano seguinte, em 1981, a “Primeira Conferência Nacional de Saúde”, no Canadá, introduziu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Com isto, uma visão ampliada de promoção da saúde implicava numa atuação sobre as iniquidades (incluindo o *status* socioeconômico), estendendo o âmbito da prevenção e apoiando o povo para enfrentar essas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais (BRASIL, 2002).

Posteriormente, em 1984, sob a liderança do ministro Jake Epp, em uma conferência canadense denominada “Além do Cuidado da Saúde”, com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/OMS), dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável. Admitiu-se, com isso, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor saúde e com a ideia de “cidade saudável” avançou-se no conceito de “empoderamento” e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais. A estratégia da APS (Alma-Ata) com o enfoque multissetorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental (FERREIRA et al, 2001).

A promoção da saúde é definida, na Carta de Ottawa (1986), como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Portanto, deve ser realizada com a comunidade e não para a comunidade. O documento descreve também os pré-requisitos para a saúde, ou seja, os determinantes sociais da saúde, como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e a equidade.

A promoção da saúde estabelece os seguintes campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Tal sequência de eventos evidencia a clara inter-relação existente entre os conceitos da APS, promoção da saúde e cidades saudáveis, considerando-se os componentes contidos em cada uma das respectivas propostas.

Alma-ata (1973-1978) com a participação e envolvimento intersetorial, tem como objetivo a promoção a saúde e qualidade de vida na APS, como ações em educação, alimentação, saneamento básico, imunizações, prevenção de endemias, doenças, traumatismo, medicamentos e com recursos tecnológicos adequados. A promoção a saúde (1974-1986), com a participação da comunidade na melhoria da qualidade de vida, tendo participação decisória, a criação de políticas saudáveis com abordagem setorial, espaços e ambiente favoráveis, reconversão do sistema de saúde e ênfase na equidade. Cidade saudável (1984), construída com a participação da comunidade nos planos de melhoria do ambiente e qualidade de vida, ampliação na participação social, empoderamento e compromisso público local, criação de políticas saudáveis com ênfase na equidade (FERREIRA et al, 2001; BRASIL, 2002).

Nesses três componentes sobre a Alma-Ata, promoção a saúde e cidade saudável estão presentes a abordagem intersetorial, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e a uma melhor qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e equidade, evidenciando assim o compromisso e responsabilidade da sociedade civil, política e setorial em busca de condições de vida saudáveis (FERREIRA et al, 2001; BRASIL, 2002).

A partir da Carta de Ottawa, surgiram outros compromissos que reafirmam estes princípios e enfatizam a importância de considerar a equidade e os determinantes sociais, como a Declaração de Adelaide, 1988; Declaração de Sundsvall, 1991; Declaração de Bogotá, 1992; Conferência do Caribe, 1993; Declaração de Jacarta, 1997; Declaração do México, 2000, Carta de Bangkok, 2005; Nairobi, 2009 e a Declaração de Helsinki, 2013 (IPPOLITO-SHEPHERD, 2002; XAVIER, 2017).

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em abril de 1988 pela Declaração de Adelaide, cujo tema central foram as políticas voltadas para a saúde (políticas saudáveis), manteve a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa. Duzentos e vinte participantes de quarenta e dois países compartilharam experiências sobre como formular e implementar políticas públicas saudáveis. As estratégias para a ação em prol de políticas públicas voltadas para a saúde, recomendadas a seguir, refletem o consenso alcançado na Conferência de Adelaide. As políticas públicas saudáveis, o valor da saúde, equidade, acesso e desenvolvimento, responsabilidade pela saúde e para além dos cuidados com a saúde, desenvolvimento de novas alianças na saúde, compromisso para uma saúde pública global e renovação do compromisso como preceitua a Carta de Ottawa.

Essas políticas são trabalhadas através de quatro áreas imediatas: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis. Apesar de não fazer referências diretas aos determinantes sociais de saúde, afirma que “as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade”, enfatizando a responsabilidade pública pela saúde. Declara que o acesso a produtos e serviços de saúde, à educação em saúde e a criação de ambientes favoráveis poderiam fechar a lacuna de tais desigualdades sociais. Destaca um grupo prioritário para as políticas de acesso à saúde: os desfavorecidos e vulneráveis (BRASIL, 2002; OMS, 1988).

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - *Ambientes Favoráveis à Saúde*, realizada em junho de 1991, teve participantes de 81 países, conclama todos os povos, nas diferentes partes do mundo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. Ao examinar, conjuntamente, a situação atual da saúde e do meio ambiente, a Conferência aponta para a situação de milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza e privação, em um ambiente altamente degradado que

ameaça cada vez mais sua saúde, fazendo com que a meta da Saúde Para Todos no Ano 2000 torne-se extremamente difícil de ser atingida. Doravante, o caminho deve ser tornar o ambiente - físico, social, econômico ou político - cada vez mais propício à saúde (OMS, 1991).

A Conferência de Sundsvall em 1991 identifica muitos exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde, que podem ser usados por políticos e governos, ativistas comunitários e outros setores da saúde e do meio ambiente. A Conferência reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde, com uma convocação para ação, diferentes ações para atingir ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação social, perspectiva e prestação de conta global, enfatizando a necessidade de ações urgentes para se atingir maior “justiça social em saúde” nos aspectos físicos e sociais (OMS, 2001).

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), em Santafé de Bogotá, no período de 9 a 12 de novembro de 1992, contou com a assistência dos ministros da Saúde da Bolívia, Colômbia, Equador e Nicarágua; dos Vice-Ministros da Saúde de Cuba, Guatemala e Panamá, e do prefeito de La Paz. Por parte da OPS, compareceram o diretor da Secretaria Sanitária Pan-Americana, os coordenadores dos programas regionais de Promoção da Saúde, Saúde Ambiental, Serviços de Saúde e Saúde Materno-Infantil, assim como consultores provenientes da sede central e das representações dos países. Também participaram, entre outros, funcionários do setor saúde, especialistas, pessoas vinculadas a processos de promoção social, representantes de serviços de saúde e saneamento ambiental, de organizações não-governamentais e associações comunitárias, docentes, estudantes e profissionais da comunicação social (BRASIL, 2002).

As conclusões da Conferência responderam aos problemas específicos das nações latino-americanas e incorporam significativamente resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências na promoção da saúde de outras nações do mundo.

A Carta do Caribe na I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe realizada no ano de 1993, em Trinidad y Tobago, reforça a importância da promoção à saúde, propõe seis estratégias fundamentais: elaboração de políticas públicas saudáveis; reorientação dos

serviços de saúde; “empoderamento” das comunidades para alcançar o bem estar; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento/implementação de habilidades pessoais para a saúde; construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação (HEIDMANN et al, 2006).

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - *Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI* - tem lugar num momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento em prol da saúde. Conferências e reuniões internacionais subsequentes têm deixado ainda mais clara a relevância e o significado das principais estratégias em promoção da saúde, incluindo políticas públicas positivas (Adelaide, 1988) e meio ambientes favoráveis à saúde (Sundsvall, 1991) (OMS, 1997).

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em julho de 1997 em Jacarta (Indonésia) é a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ela oferece ocasião para refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, bem como reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI. Afirma que a promoção da saúde atua sobre os determinantes sociais de saúde para reduzir as iniquidades em saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. A pobreza é apresentada como a maior ameaça para a saúde. A Declaração enfatiza a necessidade de novas respostas no âmbito da promoção da saúde, entre as quais “existe um flagrante necessidade de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, das organizações governamentais e não-governamentais e entre os setores público e o privado” (OMS, 1997).

Após a 4ª Conferência, em Jacarta, elaborou-se um documento denominado Declaração das Escolas Promotoras de Saúde, o qual preconizava que toda criança tem o direito e deve ter a oportunidade de ser educada em uma Escola Promotora de Saúde (BRASIL, 2001).

A Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no México em junho de 2000, os Ministros da Saúde assinaram a declaração reconhecendo a consecução do nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da

vida e necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade; sendo a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade; através dos esforços sustentados dos governos e sociedades em conjunto, houve uma melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo; persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto, devem ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar; surgimento de doenças novas e reemergentes ameaçam o progresso registrado na área da saúde; a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade; a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos; amplas indicações de que as estratégias de promoção da saúde são eficazes (OMS, 2000).

A Sexta Conferência Mundial de Promoção da Saúde, a Carta de Bangkok, foi realizada na cidade de Bangkok (Tailândia), em agosto de 2005, que reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levanta a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procura dar uma nova direção para a Promoção à Saúde, buscando alcançar saúde para todos através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, a responsabilidade de todos os governos, a meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática (OMS, 2005). A sétima Conferência Internacional sobre Promoção da saúde ocorreu em Nairóbi, no Kenya, e o Documento resultante foi intitulado de Nairobi chamada à ação. O mesmo reforça como responsabilidades prioritárias daqueles comprometidos com a promoção da saúde: fortalecer a liderança em promoção da saúde e os sistemas de saúde; empoderar as comunidades e indivíduos; colocar a promoção da saúde como estratégia central na agenda do desenvolvimento; fortalecer processos participativos e construir e aplicar conhecimentos acerca da promoção da saúde. O Documento elege algumas estratégias de ação para o alcance dessas responsabilidades, a exemplo da garantia do financiamento adequado e do acesso universal e da melhoria das abordagens dos sistemas de saúde e do gerenciamento de seu desempenho (OMS, 2009).

Por fim, o documento resultante da Oitava Conferência sobre Promoção da saúde consiste na Declaração de Helsinki sobre Saúde em Todas as Políticas e através da mesma é firmado um compromisso entre os governos, entidades e membros participantes para com a equidade em saúde e a saúde em todas as políticas. Desse modo, a equidade é enfatizada, sendo definida em Helsinki enquanto expressão da justiça social. A saúde é apresentada como responsável por melhorar a qualidade de vida, aumentar a capacidade de aprendizagem, fortalecer famílias e comunidades e melhorar a produtividade da força de trabalho. Afirma que políticas equitativas ampliam níveis de saúde, reduzem a pobreza e promovem inclusão social e segurança (OMS, 2013).

Entre os dias 20 e 24 de novembro, ocorreu a Nona Conferência Global de Promoção da Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Xangai, na China. Este ano o tema de discussões será a *Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável*. Em cinco de dezembro de 2021, ocorreu a 10ª Conferência Global de Promoção da Saúde organizada pela Organização Mundial de Saúde, com o apoio dos Emirados Árabes Unidos. Foram abordados os desafios da pandemia de SARS-COV-2, a agudização dos problemas sociais, ambientais e econômicos e a aceleração dos processos de digitalização da vida, seu tema central foi, bem-estar, equidade e desenvolvimento sustentável. Esta conferência retomou o legado dos trinta e cinco anos da Carta de Ottawa e a consolidação das reflexões, políticas e iniciativas da Promoção da Saúde para pensar e apontar caminhos que fortaleçam a autonomia de sujeitos e comunidades na construção de políticas, sistemas de saúde e práticas que transformem efetivamente os processos de determinação social da saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

A Organização Panamericana de Saúde, Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), desde o ano de 1995, estimula a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde, com o objetivo de fortalecer a capacidade dos países da América Latina e Caribe na área da saúde escolar. A Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde promove a mudança do paradigma tradicional para enfoques integrais de saúde escolar. A Região possui uma grande experiência no desenvolvimento e na implementação de atividades de saúde escolar. As práticas de saúde escolar mais frequentes se fundamentam no paradigma tradicional de saúde escolar, que consiste em intervenções do setor saúde no âmbito escolar.

Para a escola ser denominada Escola Promotora da Saúde ela deve ter uma visão integral do ser humano, em especial as crianças e os adolescentes, dentro do seu ambiente familiar, comunitário e social. Ela deve desenvolver um ambiente saudável buscando relações construtivas e harmônicas, sendo capaz desta forma de despertar nos participantes aptidões e atitudes para a saúde, promovendo a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda a comunidade escolar (MONT'ALVERNE, CATRIB, 2013).

A Escola Promotora de Saúde tornou-se uma importante e poderosa estratégia para o desenvolvimento de ações e de reflexão. Escola Promotora de Saúde é aquela na qual alunos, professores, funcionários, pais e familiares atuam em conjunto para melhorar a qualidade de vida, a educação, a saúde e o ambiente em que vivem; aprendem e se desenvolvem com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas. Portanto, o objetivo é desenvolver ações para toda a comunidade escolar e de seu entorno, ou seja, num determinado território cuja centralidade seja o espaço escolar (HARADA, 2008).

Na construção da territorialização deve-se levar em conta que este é um ambiente vivo, respeitando as realidades locais, o seu contexto socioeconômico e cultural, considerando os fatores de risco e de proteção, as vulnerabilidades existentes e, principalmente, o protagonismo de todas as pessoas que ali vivem e trabalham (HARADA, 2008).

A escola tem papel político fundamental neste contexto, pois é ali que se constrói, destrói ou se perpetua uma ideologia através da transmissão de valores e crenças, além de ser este, um ambiente propício para o desenvolvimento de ações educativas em saúde. É a infância o momento decisivo para a construção e solidificação dos hábitos e atitudes e, em vista disso, a importância do papel da escola como o ambiente potencializador para o desenvolvimento de um trabalho direcionado, sistematizado e permanente (MONT'ALVERNE, CATRIB, 2013).

Através da estratégia de Escola Promotora da Saúde, a saúde escolar tem a possibilidade de avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo” (HARADA et all, 2021).

A implantação de Escolas Promotoras de Saúde implica em um trabalho conjunto de todos os integrantes da instituição educativa, do setor saúde e da comunidade e demanda a ação

protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas de ação pertinentes para abordá-los e enfrentá-los (OPS/OMS, 1996).

Segundo a Organização Panamericana de saúde, a promoção da saúde dentro do âmbito escolar tem três componentes principais, a educação para saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; a criação de entorno saudável, com a manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e o fornecimento de serviços de saúde, com alimentação saudável e vida ativa. Se pretendermos, efetivamente, promover saúde, podemos contar com a escola como parceira nessa jornada, e se pretendermos realizar ações efetivas de educação em saúde na escola, temos que contar com o apoio e o envolvimento dos professores, como agente (trans)formador (HARADA et al 2021; OPS/OMS, 1998).

A educação para a saúde com enfoque integral responde às necessidades do aluno em cada etapa do seu desenvolvimento. Visa a saúde como uma construção social, abordando a inter-relação dos problemas de saúde com seus fatores determinantes, dentro de cada contexto. Incorpora a Educação para Saúde em nível curricular e como parte do projeto institucional. Utiliza todas as oportunidades educativas em nível formal e informal para promover a saúde. Promove a reflexão e a análise crítica da informação; facilita a conscientização e o “empoderamento” dos estudantes e da comunidade educativa como um todo. Busca desenvolver novos conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, por meio de técnicas participativas e atividades significativas que possam transcender o âmbito escolar (IPPOLITO-SHEPHERD, 2002).

O desenvolvimento de habilidades para a vida é parte integral deste componente. Esta estratégia promove a adoção e a manutenção de atitudes que permitam aos indivíduos responder às demandas e desafios da vida diária, incluindo o ensino de habilidades para fazer, pensar, se comunicar e tomar decisões (IPPOLITO-SHEPHERD, 2002).

A criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis implica na promoção de um ambiente escolar físico seguro, limpo e com estrutura física adequada; com um ambiente psicossocial que promova relações interpessoais positivas, sem agressão, violência, álcool ou drogas; com equidade nas questões de gênero, estimulante

para todos os seus membros e que favoreça a aprendizagem. Este componente promove a escola como um espaço de trabalho saudável, tentando melhorar, por meio do diálogo e do consenso, as condições de trabalho e estudo (IPPOLITO-SHEPHERD, 2002).

A oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa está direcionada à detecção e à prevenção integral de problemas de saúde, através da atenção precoce e acompanhamento correspondente e apropriado. Este componente pretende fortalecer o vínculo entre a escola e a equipe de saúde, para que as atividades se complementem e se reforcem mutuamente. Também implica na articulação entre os setores da saúde e da educação para definir as necessidades, os problemas de saúde e os métodos pertinentes e apropriados para abordá-los (IPPOLITO-SHEPHERD, 2002).

A escola é o lugar ideal para promover uma vida ativa, que faz parte do desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. A escola é um lugar propício para promover a saúde do escolar e da comunidade educativa, de acordo com a fase de desenvolvimento do aluno (IPPOLITO-SHEPHERD, 2002).

Estes aspectos apresentados desenharam um modelo de ações de promoção da saúde em âmbito escolar como espaço em potencial de transformações e a parceria escola e saúde essencial no acesso ao conhecimento, contribuindo para melhores condições de vida e cidadania.

A Escola Promotora da Saúde busca através desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco. Além disto, cria estratégias educativas despertando por meio de uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, contribui para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano, colaborando para a construção da cidadania e democracia, e reforçando a solidariedade, o espírito de comunidade e os direitos humanos (OPS/OMS, 1998).

A concretização de projetos de promoção da saúde no contexto escolar está apoiada no professor, o qual representa um elo importante e fundamental neste contexto, sendo um multiplicador de ideias, devendo estar capacitado para abordar o conceito de saúde preconizado nas Conferências Internacionais, VIII Conferência Nacional de Saúde, nas Políticas Públicas de Saúde e nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) através não só do domínio de informações, mas das estratégias educativas necessárias para a

construção integrada do conhecimento (BRASIL, 2002). Até 1996, por resolução da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) 5692, o tema saúde era abordado dentro do referencial curricular escolar, utilizando como designação a referência Programas de Saúde, sem ser incorporado como disciplina curricular, e sim como um trabalho a ser desenvolvido de modo pragmático e contínuo (BRASIL, 1996a).

Já com a nova LDBEN 9394 e a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais, a saúde no campo da educação passou a ser considerada como um tema transversal, expondo a necessidade de se assegurar uma ação integrada e intencional entre os campos da educação e saúde, uma vez que ambos se pautam, fundamentalmente, nos princípios de formação da consciência crítica e no protagonismo social (BRASIL, 1997a, 1996b).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais, dentro do capítulo relacionado ao tema transversal saúde, sugerem que toda escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde indicados pela OMS, com os objetivos de fomentar a saúde e o aprendizado em todos os momentos; integrar profissionais de saúde, educação, pais, alunos e membros da comunidade, no esforço de transformar a escola em um ambiente saudável; implementar práticas que respeitem o bem-estar e a dignidade individuais e implementar políticas que garantam o bem-estar individual e coletivo, oferecendo oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um ambiente saudável, com a participação dos setores da saúde e educação, família e comunidade. Assim, o desenvolvimento do trabalho com as Escolas Promotoras de Saúde, que já era um movimento internacional, começa a ter força também no Brasil (BRASIL, 1997a).

Em 1998, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, instituiu o Projeto Promoção da Saúde, objetivando elaborar e desenvolver uma política nacional de promoção da saúde. Para o desenvolvimento do seu plano de ação, foram previstas as seguintes linhas de atuação: Promoção da Saúde da Família e da Comunidade, Promoção de Ações contra a violência, Capacitação de Recursos Humanos para a promoção e Escola Promotora de Saúde, Espaços Saudáveis e Comunicação e Mobilização Social (BRASIL, 1998).

O espaço escolar, pode ser entendido como ampliação das relações sociais, educacionais e de saúde, sendo importante o desenvolvimento de estratégias de promoção e educação

em saúde, exercendo assim grande influência na formação dos alunos (GONÇALVES et al. 2008).

Políticas e programas com o objetivo de prestar assistência e abordar a saúde na escola ganharam espaço juntamente com a busca pela universalização dos sistemas de ensino (VALADÃO, 2004), o que vislumbra o potencial para ações de promoção de saúde na escola.

Para Silva (1997), a escola fornece importantes elementos para capacitar o cidadão para uma vida saudável. Tavares e Rocha (2006) trazem a necessidade de estabelecer um espaço na escola onde seja suscitado o debate para maior compreensão da relação entre saúde e seus determinantes mais gerais, possibilitando processos de aprendizagem permanente para os envolvidos. As autoras defendem que as relações espaciais com outros cenários, como a família, a comunidade e os serviços de saúde, devem ser identificadas com as condições sociais e os diferentes estilos de vida por meio de condutas simples e da participação de todos.

Segundo Buss (2001), é enorme o potencial das ações de promoção da saúde na infância e adolescência. O autor afirma que esses são períodos do desenvolvimento humano nos quais se estabelecem o comportamento, caráter, personalidade e estilo de vida, e que o ambiente em que o jovem está inserido é um dos principais fatores influenciadores.

É preciso, então, ações generalizadas que provoquem transformações nos sujeitos, para que passem a atuar com gradações crescentes de controle nas situações a que são submetidos, isto é, que atuem como cidadãos. Nesse sentido, a promoção da saúde coloca a educação (institucional ou não) como uma forma de desenvolver o exercício da cidadania, para, desse modo, fortalecer atitudes que melhorem as condições de saúde e vida (BYDLOWSKI et al, 2004).

O fisioterapeuta enquanto profissional da saúde, tem responsabilidades definidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia com atuação todos os níveis de atenção à saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Sendo assim, é de competência profissional a execução de ações que transformem vidas, melhore as condições de saúde e proporcione qualidade de vida e hábitos saudáveis. Este papel social corrobora os princípios estabelecidos das ações de promoção da saúde,

evidenciando assim a responsabilidade do fisioterapeuta não somente na reabilitação e tão quanto na promoção da saúde das pessoas.

2.7. Higienismo e Eugenia

No fim do século XIX e início do século XX chegava ao Brasil, mediante reapropriações e reinterpretações, um novo ideal cujo eixo era a preocupação com a saúde da população, coletiva e individual. Suas propostas residiam na defesa da saúde e educação pública e no ensino de novos hábitos higiênicos. Convencionou-se chamá-lo de Movimento Higienista (SOARES, 2001) ou Movimento Sanitarista (HOCHMAN, 1998).

O higienismo têm como objetivo identificar os procedimentos e hábitos individuais e coletivos para a manutenção da saúde, entendida entre os séculos XIX e XX como ausência de doenças. Com isso, seu caráter era intimamente ligado à prevenção, mas também ao controle da proliferação de diversas doenças (FONTENELLE, 1940).

O higienismo impôs princípios médicos que deveriam ser seguidos e obedecidos fielmente, posto que a medicina produziria um “efeito de verdade” em seu discurso cientificamente provado e demonstrável. Assim, o higienismo é um movimento de profilaxia da anormalidade, assim como é um referencial para estabelecer o nível de desvio da conduta normal (e moral) e ainda verificar os casos passíveis de educação e os casos perdidos (que precisariam ser separados, ou seja, incluídos e tratados nas categorias dos anormais desviantes). Pode-se inferir que o higienismo na educação foi uma derivação dos princípios legais (jurídicos, mas também médicos) e por serem médicos são princípios científicos que tinham por meta explícita e elevar a qualidade cívica da sociedade, mas que traziam nas entrelinhas dos discursos produzidos um viés autoritário que visavam a eugenia do povo brasileiro, nem que seus autores possam negar essa preocupação (ABREU JUNIOR et al., 2009).

Alguns autores diferenciam o Movimento Higienista da primeira metade do século XX de uma segunda caracterização, mais contemporânea, chamada nos Estados Unidos de *Health Movement* (GOLDSTEIN, 1992). Os dois momentos seriam fundamentais para o entendimento das mentalidades dos intelectuais da saúde e de suas intervenções políticas, sociais e culturais. Essas diferenciações ou momentos são avaliadas de forma contraposta.

Há autores que qualificam como involução a suposta nova etapa do movimento, outros defendem o valor de sua evolução como necessária, dadas as mudanças nas condições e a geração de conhecimentos. Haveria involução quando a preocupação central do Movimento Higienista abandona seu princípio de ação sobre o coletivo (PAGNI, 1997) e sua preocupação central passa a ser o “individual” e sua base de conhecimento o biológico. Nas últimas décadas do século XX, o movimento se caracterizaria por um crescente nível de individualização da orientação da ação (GÓIS JUNIOR, LOVISOLO, 2003).

Pagni (1994, 1997) identifica no Movimento Higienista da primeira metade do século XX um caráter mais coletivo, pois a prescrição dos hábitos higiênicos fazia parte de um projeto coletivo com finalidades educativas visando uma formação moral com democratização da educação e a formação da identidade nacional brasileira, por mais questionáveis que fossem aos olhos da época. Em decorrência da utilização dessa perspectiva, a medicina e a higiene passam a ter grande importância no século XIX, porque esses dois campos de saberes incidem sobre os processos biológicos e orgânicos, sobre a população e sobre o corpo, e segundo Foucault “(...) na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios” (FOUCAULT, 2001, p. 302). Significa que, a medicina com sua propriedade de poder influir sobre o corpo e a população, terá efeitos disciplinares e efeitos reguladores.

Para Foucault (2001) é a “norma”, empregada pelos agentes detentores do saber, que finalmente fará a ponte entre um e outro mecanismo (disciplina e regulamentação). A medicina será responsável pelo surgimento da ideia de sociedade de normalização. O poder no século XIX incumbiu-se da vida, do orgânico ao biológico, utilizando as tecnologias de disciplina e regulamentação (MULLER, 2005).

Para os higienistas, as escolas eram espaços pouco higiênicos, por isso deveriam ser organizados de acordo com as determinações médicas, tais como, luminosidade, ventilação, áreas livres, pátios, infraestrutura sanitária (água, esgoto) e mobiliário adequado (HORA, 2000).

Na década de 1920 houve uma superposição das agendas dos movimentos eugenista e higienista, como a vinculação do saneamento ambiental ao melhoramento da raça (VIVIANI, 2005).

O objetivo da eugenia era estudar a influência da herança genética nas qualidades físicas e mentais dos indivíduos. O grande precursor dessa linha de estudos na Europa foi Francis Galton. Em 1865 Galton defendeu a hereditariedade das qualidades mentais, assim como das físicas. Já em 1869, Galton passou a defender a necessidade de melhorar as qualidades naturais dos homens. Somente em 1883 Galton criou o termo eugenia (FONTENELLE, 1940).

A eugenia, como saber sobre a espécie e sobre as raças, atinge o corpo e revela suas verdades intrínsecas, inatas e biodeterminadas. Os processos de normalização são agora construídos a partir dos parâmetros biológicos e a eugenia será o dispositivo de intervenção que avalia, examina e determina quem contribui ou não para a melhoria e especialização da espécie. Os dispositivos normalizadores, como é o caso da educação, ou melhor, da instituição escola, terão na verdade da raça novos aportes para a construção de sujeitos eugênicos (SILVA, 2014).

Esses sujeitos eugênicos, formadores de uma coletividade, igualmente eugenizada, no entanto, serão o resultado de uma intervenção na sexualidade. A eugenia, enquanto desdobramento de estratégias biopolíticas, visa intervir diretamente no corpo dos sujeitos, no corpo-espécie, a partir do qual certa coletividade pode vir a ser normalizada e regulada. A norma, no caso, a raça eugenizada, livre das interferências disgênicas, seja pela hereditariedade ou vícios sociais, é o objetivo maior da “ciência” ou mesmo “religião” eugênica (SILVA, 2014).

O termo eugenia, emprestado do grego *eugenés*, por Francis J. Galton, para denominar o movimento de melhoria da raça, pode ser analisado de acordo com os seguintes aspectos: primeiramente, pela “origem” da palavra que significa bem-nascido. Como “movimento social”, a eugenia representou a busca constante da sociedade pela melhoria da sua constituição, do encorajamento da reprodução dos indivíduos mais aptos e como “ciência”, ofereceu um novo entendimento das leis da hereditariedade humana (STEPAN, 1991).

No Brasil, as ações educativas em saúde para escolares estavam presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. No princípio do século XX, na concepção higienista-eugenista, a educação em saúde visava o desenvolvimento de uma

“raça” sadia e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas eram centradas em ações individualistas, focadas na mudança de comportamentos e atitudes, sem muitas vezes considerar as inúmeras condições de vida da realidade na qual as crianças estavam inseridas (VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008).

2.8. Cuidado

Cuidar deriva do latim *cogitare* que significa ‘imaginar’ ‘pensar’, ‘meditar’, ‘julgar’, ‘supor’, ‘tratar’, ‘aplicar’ a atenção, ‘refletir’, ‘prevenir’ e ‘ter-se’. Cuidar é o ‘cuidado’ em ato. A genealogia da prática de cuidar mostra que ela teve seu início restrito ao espaço doméstico, privado e particular. Desse modo, é uma prática que teve sua origem no interior das famílias e, para sua realização, demandava apenas saber empírico, ou seja, um saber prático adquirido no fazer cotidiano, passando, assim, de geração para geração desde a Grécia Antiga. Ao ser concebida como profissão de mulheres e para mulheres. Nesse sentido, a prática de cuidar está histórica e culturalmente conectada ao feminino, pois, ao longo dos anos, essa atividade esteve atrelada à trajetória desenvolvida pela mulher nas sociedades ocidentais modernas (DAHER, et al, 2002).

Os profissionais da educação infantil, comprometidos com as diferentes necessidades infantis que emergem no cotidiano pedagógico, são levados a discutir as diferentes formas de cuidar e assistir em saúde. O espaço da escola, além de processo de formação e educação, é também um lugar de cuidado, sendo desenvolvidos em ações pedagógicas em saúde (WEISS, 1999).

O cuidado pelos profissionais às crianças na educação infantil deve abandonar a tradição do simples "fazer" em busca do cuidar, numa perspectiva holística, abrangendo a pessoa integralmente. Implica em comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver (WALDOW, 1995).

Cuidar é experiência vivida. Cuidando, podemos nos desenvolver no sentido de conhecer melhor o outro, suas necessidades, suas potencialidades e limitações, criando relações que promovam crescimento/desenvolvimento. No cuidado, o educador e a criança, estão

num processo contínuo de interação que se desenrola entre dois seres humanos com seus valores, crenças e costumes, compostos por todas as espécies de laços simbólicos, informações e ajuda mútua (WEISS, 1999).

O ato de cuidar é também ato de significar ou ressignificar, pois muitas vezes possibilita construções na esfera cognitiva, emocional e comportamental. No cuidado se estabelecem vínculos afetivos, padrões de comunicação, atendimento às necessidades básicas, fatores essenciais para a construção de um corpo biológico saudável (WEISS, 1999).

Ressignificar, estabelecer outros e novos sentidos e significados no ato de cuidar, está na desconstrução de que o físico e biológico dentro de uma esfera ampla do corpo seja o ideal de saudável, mas na concepção biopsicossocial, na complementaridade de diferentes fatores determinantes que contribuem para uma vida saudável.

Os cuidados de saúde em relação às crianças têm como objetivo prevenir doenças e promover a saúde, e ainda ser espaço de ensino aprendizagem, interação, estímulo e exercício de autonomia da criança. A música, o teatro, os filmes, as histórias infantis, os desenhos e outros recursos podem ser utilizados nas atividades pedagógicas para trabalhar questões de higiene e saúde (WEISS, 1999).

As ações desenvolvidas com as crianças sobre cuidados em saúde devem ser inseridas em um contexto amplo, não restringindo as condições biológicas e higienistas, mas aos fatores que impactam as dimensões do corpo, como as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais, desenvolvendo assim espaços de construção de saberes sobre cuidado.

Os profissionais da saúde, da educação e demais membros da equipe multiprofissional da educação infantil podem, de uma forma lúdica e criativa, ensinar para as crianças noções de saúde, cooperar para instituição de hábitos saudáveis e garantir que o binômio cuidar e educar se dê num ambiente favorável (WEISS, 1999).

Visto, o cuidado como uma ação de preservar, guardar e conservar, promovendo bem-estar biopsicossocial, evitando agravos à saúde das crianças, o espaço escolar pode ser este lugar para contribuir para o pleno desenvolvimento e acolhimento. Quando nos reportamos à noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral,

que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social (ALMEIDA, 1986).

Pinheiro e Guizardi (2008) observaram em suas pesquisas que desenvolveram, nas quais ação integral é também entendida como o “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, visto essas ações empregadas no campo da saúde.

O cuidado como ato resulta na “prática do cuidar”, que, ao ser exercida por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro. O outro é o lugar do cuidado. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu cuidado, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida (PINHEIRO E GUIZARDI, 2008).

Entendendo cuidado, como ação de um conjunto de práticas a ser aplicados ao outro, sendo o lugar do outro de corresponsabilidade no processo de cuidado, não sendo especificidade do setor saúde, sabendo que essas relações se dão em outros campos, pois a produção do cuidado está na oferta de conhecimentos e informações que circulam no espaço da vida social e nos conteúdos históricos que carregam.

2.9. Controle de corpos

A escola, enquanto espaço de construção do saber, do conhecimento, da oferta de informações para o desenvolvimento humano, intelectual, cognitivo e mental enquanto cidadão, é necessário estabelecer relações coletivas e dialógicas entre professor e aluno.

Ferrari (2003) relata o fruto de uma herança escolar moderna, pautada muitas vezes em uma visão de professor como transmissor de conhecimento, na educação como catequização (herança jesuíta), em disciplina e controle, enfim, exercendo assim o controle sobre o aluno. Nesse sentido, pensar em autonomia, liberdade de ação dos alunos é confrontar esse modelo escolar.

A escola, dessa forma, pode ser pensada como uma máquina de controle e organização dos corpos, implicada tanto na fabricação do sujeito disciplinar quanto da própria modernidade. Problemáticas que nos aproximam da perspectiva pós-estruturalista, cujo foco recai sobre os discursos e práticas que constituem os sujeitos e sobre as relações de poder que envolvem conflitos, negociações, avanços e recuos. Essa perspectiva nos possibilita assumir as escolas, os alunos e suas identidades como categorias em constante construção social, cultural e discursiva e, por isso, instáveis e incompletas. Os sujeitos serão considerados, a partir de então, em sua historicidade, em suas formas de emergência e resultado de processos mais amplos de poderes e saberes (FERRARI, DINALI, 2012).

Inspirados nas teorizações foucaultianas, a relação entre disciplina/indisciplina e o rendimento escolar nos convida a ver essa instituição e a problematizá-la como sendo uma maquinaria disciplinar. Foucault nos ajuda a pensar como a disciplina foi fundamental para o funcionamento da escola. Como essa instituição foi crucial para a instauração de uma sociedade disciplinar (que podemos chamar também de moderna) e para a produção do sujeito moderno. Em suma, ferramentas que nos possibilitam problematizar a construção da escola como lugar de disciplinarização dos corpos e compreendê-la como prática de normalização dos sujeitos (LARROSA, 2000).

Como ressalta Deleuze (2006), uma das ideias centrais de Foucault, em *Vigiar e Punir* (1991), é que as sociedades modernas podem ser definidas como sociedades disciplinares. O nascimento das diferentes instituições disciplinares, como a escola, a fábrica, o hospital e a prisão, representaram um conjunto de transformações que dialoga com a invenção de uma nova mecânica de poder, bastante diferente das relações de soberania anteriores. A teoria do poder soberano estava mais ligada a uma forma de poder que se exercia sobre a terra e seus produtos, dizia respeito à extração e à apropriação pelo poder de bens e de riqueza. A maneira, como o poder era exercido, pela relação soberano/súdito, centrado na existência física do soberano.

Poder, como possibilidade de força física ou moral, influência, autoridade, que estabelece relações de poder, exercida muitas vezes de maneira assimétrica. Entendendo, que as relações de poder, são estabelecidas na esfera da vida, como na família, escola, trabalho e nação, e que são estabelecidas no exercício do poder a depender do papel social do indivíduo, sendo o poder um jogo de forças presente em todas as relações humanas.

Para Foucault (1991), foi do poder disciplinar que nasceu o “homem do humanismo moderno”. “As luzes que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas. Defende Foucault (1991) que houve, durante essa época, “uma descoberta do corpo como objeto e alvo do poder (...) corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam”.

A disciplina, como ordem, regulamento, conduta que assegura o bem-estar dos indivíduos ou o bom funcionamento, porém como a arte do controle do corpo humano não visa unicamente ao aumento de suas habilidades, nem aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que, no mesmo mecanismo, o torna tanto obediente quanto mais útil (FERRARI, DINALI, 2012).

Sendo assim, a disciplina é uma modalidade de poder, caracterizada por métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo e que realizam a sujeição de suas forças, impondo-lhes uma relação de docilidade/utilidade (FERRARI, DINALI, 2012). Para Foucault (1991) a função da disciplina é a apropriação do corpo com a finalidade de explorar o máximo de suas potencialidades.

Na escola, entre os funcionamentos do poder disciplinar estão os mecanismos que buscam o controle dos corpos que nos chamam a atenção por sua relação com a produção das indisciplinas. Para tanto, a primeira das grandes operações da disciplina é a organização dos indivíduos, a distribuição dos indivíduos num dado espaço (FERRARI, DINALI, 2012).

Conjuntos de regras que regulamentam a estrutura, funcionamento, função, hierarquia, direitos e os deveres de cada um dentro da instituição, sendo definida determinada organização, por exemplo, para o diretor, para os alunos, os professores, os coordenadores, os técnicos e as famílias no interior de uma escola. Uma série de regulamentações que dão funções para o corpo escolar, que estabelecem lugares, enfim, que enquadram. É um tipo de dispositivo que distribui os corpos dentro da instituição, limitando, ordenando, padronizando, em suma, organizando-os no espaço fechado, dando a cada um seu lugar na cadeia disciplinar escolar (FERRARI, DINALI, 2012).

De acordo com Foucault (1991), o quadriculamento é um tipo de técnica disciplinar que permite estabelecer presenças, ausências, saber onde localizar os indivíduos, promover as comunicações úteis e interromper as perigosas. Tudo isso para melhor servir-se dos

corpos, vigiar o comportamento, apreciar, sancionar, medir as qualidades, punir os erros, se for o caso. São procedimentos para “conhecer, dominar e utilizar” pois é necessário à disciplina anular os efeitos indesejáveis, “o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa, sua coagulação inutilizável e perigosa; tática de antideserção, de antivadiagem, de antiaglomeração”.

Regulação de horários disciplinares, padronização de uniforme, enfileiramento para a realização de atividades, distribuição de alunos por carteiras, distribuição de salas por ensino, controle do uso dos espaços extra sala, lugar de privilégio do professor à frente dos alunos, sistema avaliativo são formas de poder para o controle de corpos dentro da escola, a fim de estabelecer um padrão, normativa, regra e que ao descumpri-las são atribuídas punições, advertências e penalidades, baseado em um fluxo dominante de hierarquização disciplinar.

Como discute Beltrão (2000), na escola disciplinar, educar se dá seguido da vigilância e da punição. Na medida em que a vigilância se tornou um operador importante e específico para o poder disciplinar (FOUCAULT, 1991), a escola passou a produzir e a reproduzir esse tipo de relação, em suas práticas pedagógicas.

O início das instituições infantis surgiram da necessidade de espaço de cuidado para as crianças, filhos estas das mães trabalhadoras. Houve várias mudanças neste processo das instituições infantis, com proposta higienistas e pedagógicas. Aproximando esse espaço de aprendizado as profissões da saúde e com isso em específico a fisioterapia, o objetivo principal com o setor educação está na comunicação com os profissionais da educação e as crianças, na construção de um saber voltado para os cuidados em saúde, proporcionando conhecimento para a escolha de melhores condições de vida, saúde e cidadania.

2.10. A história do município de Araras

Segundo as informações da Prefeitura Municipal, o primeiro registro do povoado foi em 1818, através de uma sesmaria de légua e meia, formada pelas bacias hidrográficas do rio Mogi, ribeirão Itapura e ribeirão das Araras, em terras pertencentes ao município de Limeira. Em 1862, o proprietário da sesmaria erguia a primeira capela de Nossa Senhora

do Patrocínio das Araras, rodeada de algumas casas. A inauguração foi em 15 de agosto de 1862, Dia da Padroeira, o qual se comemora até os dias atuais.

Em 24 de março de 1871, o povoado de Nossa Senhora do Patrocínio foi elevado à categoria de vila, passando a partir daquele momento a constituir um município, que já possuía cinco mil habitantes. O município foi instalado em 7 de janeiro de 1873, com a constituição da 1ª Câmara Municipal e em 2 de abril de 1879 foi elevada à categoria de cidade.

As grandes fazendas de lavoura de café predominavam na cidade e eram responsáveis pelo progresso que surgia na região. Em abril de 1877, os trilhos da Companhia Paulista de Estrada de Ferro eram a principal forma de escoamento da produção agrícola da região, o que acelerou o progresso da cidade.

A imigração foi grande influenciadora na formação da população de Araras. Com o ciclo do café, italianos, portugueses, suíços e alemães se incorporaram à vida econômica que vinha sofrendo prejuízo com a falta de mão de obra na lavoura devido à abolição da escravatura.

Atualmente o município de Araras possui aproximadamente 128.895 mil habitantes, distribuídos em 170 bairros nas quatro regiões da zona urbana. A zona rural é servida por estradas municipais aos bairros como o Marimbondo, Elihu Hoot, São Bento, Cascata, Caio Prado, Loreto e Morro Grande (PREFEITURA DE ARARAS).

O município de Araras contém 24 escolas de educação infantil e fundamental (EMEIF) e 19 unidades de saúde (PSF e UBS) distribuídos nas quatro regiões situada na zona leste do município.

O município não tem um equipe de profissionais ampliada a saúde da família (NASF), ou seja as ações interprofissionais na assistência primária não são oferecidas no município, não oferecendo um atendimento com integralidade pelos serviços da atenção primária, assistência com baixa qualidade a população, restrição profissional do Fisioterapeuta e demais profissionais que compõe a equipe multiprofissional, desconhecimento dos direitos da população dos serviços na APS, da equipe de saúde e dos profissionais do tipo de assistência à saúde da comunidade.

Esse é um ponto que chama a atenção, pois a ausência deste modelo de programa atuando no município, reflete na perspectiva que os usuários, profissionais da saúde e da educação

tem sobre os serviços oferecidos na APS, da equipe de saúde e dos papéis distintos de cada profissão, ou seja, isso não descaracteriza o conhecimento que cada indivíduo tem sobre as ações em saúde, mas partir da experiência, do saber pelo ter e vivenciar tem um impacto diferente na realidade.

Figura 1. Município de Araras



Fonte: Prefeitura de Araras, 2019

Figura 2. EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”



Fonte: Pessoal, 2021

Figura 3. UBS “Antônio Carlos Fabricio”



Fonte: Google Maps. 2023

2.11. A história da instituição e parceria

A história do Centro Universitário Hermínio Ometto - Uniararas, Instituição de ensino superior privada, sem fins lucrativos teve a criação em 1973, denominada Fundação Regional do Ensino Superior em Araras, a princípio com início dos cursos de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia e Odontologia. Em 1991, a Instituição passa a ter autonomia econômica, administrativa e financeira; e em 1997, passa a chamar União das Faculdades da Fundação Hermínio Ometto (FHO) – Uniararas. No ano de 1999, são implantadas mais três cursos, Educação Física, Fisioterapia e Psicologia (FUNDAÇÃO HERMÍNIO OMETTO, 2019).

O Curso de Fisioterapia da Fundação Hermínio Ometto fundado em 2002, tem formado profissionais com visão generalista, conhecimento tecnológico, capacidade técnica frente a um mercado, e competência para promover a saúde, intervindo diretamente em seus três eixos fundamentais, prevenção de agravos à saúde, promoção da saúde, reabilitação e recuperação em saúde (FUNDAÇÃO HERMÍNIO OMETTO, 2019).

Considerando a abrangência de ação geral, o profissional graduado em Fisioterapia desenvolve atividades de análise da cinética funcional bem como traça um plano terapêutico utilizando diferentes recursos físicos e naturais que facilitam o processo preventivo, curativo e de reabilitação de pacientes acometidos por afecções únicas ou simultâneas de órgãos ou estruturas corporais em clínicas, serviços públicos e privados, instituições de ensino, centros de pesquisa e unidades recreativas.

No âmbito da saúde pública, o fisioterapeuta atua em centros de saúde comunitária e em equipe de saúde voltada para acompanhamento de pessoas com necessidades especiais, centros pediátricos e associações para a promoção da saúde de portadores de deficiências, escolas e centros educacionais voltados para a prevenção e educação sobre saúde, nas empresas, ajustando o capital ao trabalho, avaliando posto de trabalho, elaborando a cinesioterapia laboral, prevenindo doenças e recuperando a saúde (FUNDAÇÃO HERMÍNIO OMETTO, 2019).

A partir do 9º período os alunos do Curso de Fisioterapia realizam os estágios nas áreas de Fisioterapia Neurofuncional Adulto e Infantil, Musculoesquelética, Cardiorrespiratória e Amputados, que são desenvolvidos na Clínica Escola de Fisioterapia da própria FHO, na área Hospitalar desenvolvido em enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras, e na Saúde Coletiva, em Programas Saúde da Família (PSF) e atendimento domiciliar, creches, Centro Dia do Idoso e na Saúde do Trabalhador, realizado com os funcionários da FHO.

No estágio de Fisioterapia na Saúde Coletiva, os estagiários desenvolvem um dia na semana as ações em duas creches públicas do município, com objetivo de detectar supostos atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor normal (DNPMN), com uso de avaliações padronizadas para assim traçar diagnósticos e prognósticos disfuncionais fisioterapêuticos nos lactentes dos berçários (4 meses a 24 meses), e pré-escolares dos maternais e jardins (3 a 5 anos), bem como traçar e intervir com medidas preventivas junto os professores e monitores de acordo com a demanda.

Após as avaliações, são traçadas ações de prevenção, promoção da saúde e de recuperação (quando necessário) a ser desenvolvidas com os lactentes, como estimulação das habilidades motoras (rolar, sentar, quatro apoios, engatinhar, permanecer em pé e andar), e com os pré-escolares, atividades de motricidade global e fina, equilíbrio, esquema corporal e linguagem realizadas em grupo.

Também são realizadas oficinas e treinamentos aos professores e monitores das EMEI's, onde são levantados os temas com professores e monitores de assuntos relacionados ao cuidado das crianças, e assim são realizados cada dois meses capacitações e educação continuada, das quais já foram efetivadas sobre desenvolvimento motor normal, manuseio para tal estimulação com os lactentes, massagem shantala, primeiros socorros (manobras de desengasamento, crise convulsiva, estancamento de hemorragia nasal), identificação de sinais vitais no lactente.

Ao final de cada bimestre são desenvolvidos e encaminhados relatórios a coordenação e direção das EMEI's com a descrição de todas as ações desenvolvidas durante o estágio de Fisioterapia na Saúde da Criança no serviço público pelo convênio com a Secretaria Municipal de Educação desde 2002, com ações de avaliação e diagnóstico fisioterapêutico de lactentes e pré-escolares encaminhados pela direção e professores da escola, oferecendo assistência fisioterapêutica individualizada no ambiente escolar, aplicação de instrumentos de avaliação, relatórios e contrarreferência aos profissionais da saúde na eSF regionalizado e encaminhamentos para o serviço secundário na Clínica Escola de Fisioterapia da FHO. Orientações aos professores sobre os alunos pelas avaliações e desempenho motor, atividades escolares e reuniões para discussão da saúde das crianças com os professores. Conforme o desenvolvimento das atividades de estágio e troca de professores supervisores no campo do estágio, algumas mudanças foram implantadas de acordo com o perfil e experiência profissional de cada professor, como a prática grupal com alunos pré-escolares, levantamento do perfil motor e estimulação da psicomotricidade em alunos pré-escolares. Nos últimos dois anos, uma mudança no olhar para a criança em âmbito escolar modificou a maneira de trabalhar e atuar, com instrumentos de avaliação não apenas do aspecto físico e motor, mas na vulnerabilidade sociais e econômicas em que as crianças e família estão suscetíveis, como renda familiar, plano de saúde, número de pessoas que moram na residência, se moram com os pais, o tipo de residência, além dos aspectos físicos, como tipo de parto, peso e apgar ao nascimento, o desenvolvimento motor atual da criança, para assim ter uma visão global e promover uma assistência com integralidade. Questionário com os monitores, cuidadores e professores são aplicados para conhecer a rotina da escola, como horários de alimentação, banho, brincadeiras, atividades acadêmicas escolares, se já tiveram algum treinamento para exercer a função, se percebem e como percebem alterações no desenvolvimento motor das crianças.

A EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”, uma das creches o qual o curso de Fisioterapia desenvolve atividades do estágio e objeto de pesquisa, está localizado no estado de São Paulo, no município de Araras, no bairro Jardim Itamarati, região da zona leste.

A pandemia do Coronavírus, trouxeram mudanças na rotina e dinâmica da escola, com interrupção das atividades escolares desde março e 2020, o qual em abril do mesmo ano deram início por meio do ambiente virtual a realização das atividades escolares nas residências das crianças com a participação dos pais para a execução, sendo uma estratégias para continuidade no processo de aprendizagem das crianças. O ambiente escolar deram continuidade as atividades com a presença das professoras e gestores, para a realização de reuniões entre professores e pais, recepção para dúvidas aos pais e auxílio com materiais para o desenvolvimento das atividades. Em agosto de 2021 devido as condições sanitárias e epidemiológicas em âmbito municipal e estadual, houve o retorno gradativo dos alunos para as escolas públicas em Araras, sendo em março de 2022 a continuidade com as ações dos estagiários da FHO a saúde da criança com ações na EMEI's.

3. OBJETIVO GERAL

Descrever o papel do profissional Fisioterapeuta na APS em uma escola de educação infantil do município de Araras.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a percepção de pais dos alunos, profissionais da educação e saúde sobre o papel do fisioterapeuta na educação infantil.
- Descrever a percepção de pais dos alunos, profissionais da educação e saúde sobre o papel do fisioterapeuta na APS.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de pesquisa

A pesquisa se caracteriza como um estudo de caso do tipo descritivo, exploratório, transversal, quantitativo e qualitativo.

A pesquisa descritiva é a investigação que procura "determinar natureza e grau de condições existentes" (Lehman e Mehrens, 1971, p. 95). Tem como único propósito descrever condições existentes que podem ser empregadas diversas abordagens, a saber, o estudo de caso; *survey* e estudos de desenvolvimento.

O estudo de caso é um estudo intensivo, exaustivo e profundo sobre um indivíduo, evento, instituição ou comunidade, visando identificar variáveis relacionadas com o evento e que possam sugerir hipóteses explicativas para o fenômeno; também é usado para auxiliar no aperfeiçoamento de modelos e hipóteses (Lehman e Mehrens, 1971, p. 95). Para o estudo de caso é importante que os sujeitos sejam típicos ao problema em estudo. É um trabalho idiográfico e ipsativo que usa técnicas de observação, sem preocupação de generalizar os resultados encontrados.

Os estudos transversais propõem-se a estudar um problema utilizando dados coletados em diferentes subgrupos de pessoas que estejam em diferentes estágios de desenvolvimento. (LEHMAN E MEHRENS, 1971, p. 95).

Minayo (2004) aponta as metodologias qualitativas como: “[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Novamente o termo significado ganha presença, neste contexto com interesse pelas estruturas sociais, procurando conhecer o querer-dizer das estruturas para os sujeitos sob estudo.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. O significado tem função estruturante, em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (TURATO, 2005).

Os métodos de pesquisa quantitativa, de modo geral, são utilizados quando se quer medir opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes de um universo (público-alvo) através de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada. Amplamente

utilizada, a abordagem quantitativa tem, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação (GRESSLER, 2004).

O modelo quantitativo estabelece hipóteses que exigem, geralmente, uma relação entre causa e efeito e apoia suas conclusões em dados estatístico, comprovações e testes. A realidade é constituída de fatos que podem ser observados. Os critérios da cientificidade são a verificação, a demonstração, os testes e a lógica matemática (GRESSLER, 2004).

As hipóteses da pesquisa são que os profissionais da educação tenham conhecimento sobre as parcerias que a EMEI mantem, quais são os profissionais que compõe a equipe da EMEI, o que faz um fisioterapeuta, sobre em quais ciclos da vida atua, em quais locais e setores atua, sobre as ações que o fisioterapeuta desenvolve com os crianças em âmbito escolar, até pela parceria e desenvolvimento do estágio de Fisioterapia no local, sendo que mantiveram o corpo docente; quanto as ações do Fisioterapeuta na APS, acredito que atuação em nível secundário/terciário eles tenham conhecimento, porém a atuação em nível primário, conheçam parcialmente.

Em relação aos pais dos alunos, acredito que tenham conhecimento sobre quais são os profissionais que compõe a equipe da EMEI, o que faz um fisioterapeuta, em quais ciclos da vida, locais e setores atuam, sobre as ações que o fisioterapeuta desenvolve com prevenção secundária/terciária na APS; porém desconheçam as parcerias que a EMEI mantem, a atuação do fisioterapeuta na escola e as ações em nível de prevenção primária na APS.

Sobre os profissionais da saúde, acredito que tenham conhecimento de quais são os profissionais que compõe a equipe da EMEI, o que faz um fisioterapeuta, quais ciclos da vida, locais e setores atua, sobre as ações que o fisioterapeuta desenvolve na APS em todos os níveis de prevenção de saúde; porém tenham conhecimento parcial quanto a atuação do fisioterapeuta em âmbito escolar pela proposta do PSE, no entanto, desconheçam sobre as parcerias que a EMEI mantem e sobre as ações que o fisioterapeuta desenvolve nesta unidade escolar.

5.2. Local e amostra

Esta pesquisa foi realizado no município de Araras, estado de São Paulo, especificamente na escola municipal de educação infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”

devido a facilidade do acesso pela parceria com o estágio de Fisioterapia em Saúde Coletiva da Fundação Hermínio Ometto – (FHO) desde 2014.

A EMEI abrange um total de 220 lactentes e crianças, o qual compõe a equipe de trinta e seis profissionais, sendo duas cozinheiras, duas auxiliares gerais, um professor de educação física e um professor psicopedagogo (ambos da rede municipal de educação), uma diretora, uma coordenadora, dezoito professores de pedagogia e dez monitores. Possui uma estrutura com dez salas de aula, laboratório de informática, sala de leitura, parque infantil, banheiros com chuveiro e adequação a educação infantil (aluno com deficiência e mobilidade reduzida), pátio coberto e descoberto, refeitório, sala da diretoria, sala dos professores, sala da secretaria, cozinha, despensa, almoxarifado. Com aulas no período matutino e vespertino, com oferta e vaga garantida a creche com número de 12 turmas, com médias de 19 alunos por turma e na pré-escola, com número de 6 turmas, com média de 22 alunos por turma (ESCOLAS, 2020).

O UBS “Antônio Carlos Fabricio” considerada tradicional, pois não possui a Estratégia de Saúde da Família também foi o local para coleta da pesquisa, composto por 12 profissionais da saúde, oferecendo assistência à saúde da população adstrita. A UBS possui um equipe de profissionais de médicos, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, agente comunitário, auxiliar administrativo e servente.

A EMEI “Professor Paulo Roland Lordello” está no território de atendimento da UBS “Antônio Carlos Fabrício”.

A amostra da pesquisa foram, as famílias dos alunos, sendo 18 entrevistados, os profissionais da educação, sendo 33 entrevistadas e 11 profissionais da saúde, ao total foram realizadas 62 entrevistas.

Dentre a amostra das famílias dos alunos, 17 entrevistadas foram mulheres, com média de idade de $32,5 \pm 9,87$ anos, sobre os profissionais da educação foram entrevistadas 33 mulheres apresentando média de idade de $40,27 \pm 6,99$ anos e os profissionais de saúde foram entrevistadas 11 mulheres com média de idade de $41,09 \pm 10,88$ anos.

5.3. Instrumentos de coleta

Foram desenvolvidos pela autora/pesquisadora com base no referencial teórico e experiência profissional um roteiro de entrevista que atendesse aos objetivos dessa

dissertação. Para verificar a compreensão e a clareza das questões, foram realizadas a aplicação de questionários pilotos a uma parte da amostra.

Os questionários foram constituídos de perguntas abertas e fechadas. Nas questões abertas, objetiva-se permitir a exposição de opiniões pessoais mais detalhadas sobre o assunto questionado.

Os questionários foram divididos em três blocos, sendo o Bloco 1: Identificação pessoal e institucional (dados pessoais, função atual, tempo de trabalho na EMEI ou UBS e tipo de vínculo); Bloco 2: Educação Infantil (parcerias que a EMEI mantém e profissionais que atuam na EMEI) e Bloco 3: Fisioterapeuta (ações do fisioterapeuta, atuação em ciclos da vida, locais e setores, ações que o fisioterapeuta desenvolve com as crianças e na APS).

5.3.1. Treinamento da equipe

Durante o desenvolvimento do estudo surgiu a oportunidade de duas acadêmicas do 8º período do curso de Fisioterapia da Fundação Hermínio Ometto participar como voluntárias da pesquisa. Sendo assim foram realizadas reuniões para explanação sobre a pesquisa, tipo de estudo, público-alvo e metodologia. Foi realizado em setembro de 2021 o treinamento com as alunas sobre os roteiros de entrevistas dos profissionais da saúde, profissionais da educação e famílias, bem como sobre a maneira de abordar os entrevistados, dúvidas quanto aos termos técnicos e textos dos roteiros, a solicitação de aplicação piloto dos roteiros de entrevistas em voluntárias do setor educação ou saúde pública e a construção do manual instrutivo dos roteiros e visita aos locais de aplicação das entrevistas, a EMEI e a UBS.

As alunas participaram da coleta de dados nos dois locais, com os três públicos entrevistados, os profissionais de saúde, educação e famílias e no relatório de caracterização dos espaços de saúde e educação. Realizaram as transcrições das entrevistas que foram supervisionado e revistos pela pesquisadora.

Devido ao interesse e participação das alunas na pesquisa, junto com uma professora da FHO, encaminhamos a documentação para bolsa de Iniciação Científica, o qual foi aprovada em dezembro de 2021 e teve a duração de 12 meses. As ações na pesquisa continuaram a serem desenvolvidas, com a busca de estudos de acordo com os assuntos e categorias levantadas nas análises quanti/qualitativas, no entanto, houve mudanças de

papéis enquanto pesquisadora para também o de orientação científica na pesquisa, levantamento bibliográfico, objetivos, metodologia e resultados das alunas no projeto.

Esse processo permitiu exercer um papel de orientadora de iniciação científica, com diálogos sobre formação acadêmica, fases de um projeto de pesquisa e gestão de projetos, sendo esse processo supervisionado pelo meu orientador, sendo a liderança e treinamento oferecidos fundamentais para o meu desenvolvimento e crescimento profissional.

5.3.2. Elaboração piloto

Foram aplicados questionários pilotos em setembro de 2021, em duas voluntárias e profissionais do serviço público sendo uma entrevistada atuando na atenção primária à saúde (UBS) e a outra atuando em uma escola de educação infantil, no entanto não trabalhavam nos locais da pesquisa. Nas entrevistas piloto foram aplicadas após o treinamento com as voluntárias do estudo, sendo com uma monitora infantil apresentando 44 anos e uma enfermeira, apresentando 31 anos. Este processo foi essencial para a pesquisa, pois a partir deste piloto, foi desenvolvido o planejamento e organização das ações com o público-alvo do estudo, como a formulação de um manual instrutivo para aplicação dos roteiros de entrevistas, verificação do tempo médio das entrevistas, ajustes no texto e perguntas do roteiro.

5.4. Coleta de dados

Após aprovação do comitê de ética e da pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, foram realizadas contato telefônicos e visitas locais na EMEI e na UBS em setembro de 2021, para apresentar as demais participantes da pesquisa, bem como pessoalmente conhecermos a UBS e a equipe de profissionais, sendo assim foram agendadas o dia de início da pesquisa em outubro de 2021 e a finalização da coleta se deu em fevereiro de 2022.

A aplicação dos roteiros de entrevistas na UBS “Antônio Carlos Fabrício” ocorreu no período de outubro a novembro de 2021, composto por 12 profissionais ao total, no entanto, foram realizadas a pesquisa com 11 entrevistadas, sendo que o único médico não foi possível realizar o agendamento ou a entrevista. A justificativa para a não responder a entrevista foi a rotina de trabalho, mesmo com a entrega de uma carta sobre a

importância da participação dele na pesquisa, não tivemos retorno. Foram realizados cinco visitas na unidade de saúde, no período vespertino do horário de trabalho e foram entrevistadas 11 profissionais, sendo três médicas, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, três técnicas de enfermagem, uma servente, uma agente comunitária e uma auxiliar administrativa.

A seguir foram realizadas os roteiros de entrevistas na EMEI “Professor Paulo Roland Lordello” no período de outubro a dezembro de 2021 composto por 34 profissionais ao total, no entanto, foram realizadas a pesquisa com 33 entrevistadas, pois uma profissional se recusou a participar. Foram realizados cinco visitas na escola, nos períodos matutino e vespertino do horário de trabalho e foram entrevistadas 33 profissionais, sendo 15 professoras de pedagogia, uma professora de educação física, uma professora de artes, seis monitoras educacionais, uma coordenadora, uma diretoria, uma vice-diretora, uma secretária, três auxiliares gerais e três serventes.

E por fim, foram aplicados os roteiros de entrevistas com as famílias dos alunos que estudavam na EMEI “Professor Paulo Roland Lordello” no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022. As entrevistas foram realizadas em três encontros nos dias de reunião de Pais e Mestres com as famílias na escola, no período noturno, tendo a participação de apenas uma pessoa responsável pelo aluno durante a participação na entrevista. A participação das famílias nas entrevistas foram voluntárias e aleatórias, pois a medida em que chegavam para a reunião ou mesmo após as reuniões com os professores e gestão da escola os responsáveis foram abordados pelas pesquisadoras e assim participaram da pesquisa 18 famílias, sendo 16 mães, uma avó e um pai entrevistados. Todos os questionários tiveram tempo médio de aplicação de 10 a 15 minutos por entrevista.

5.5. Análise

Após aplicação das entrevistas, os questionários foram analisados e interpretados separadamente, em três grupos específicos: a das famílias, a dos profissionais da saúde e dos profissionais da educação. Dentro de cada grupo específico, foram divididos a análise dos dados quantitativos e qualitativos.

Para a análise dos dados quantitativos, foram separados por respostas categóricas, como o bloco de dados pessoais e institucionais, idade, sexo, função de trabalho, tempo de

trabalho (educação, EMEI, APS e UBS), vínculo de trabalho, grau de parentesco e nível de escolaridade, os dados do bloco da educação infantil, sobre as parcerias da EMEI mantem para desenvolver suas atividades e profissionais de atuação na EMEI, e os dados do bloco sobre o fisioterapeuta, ciclos de vida, locais e setores em que o fisioterapeuta atua. Sobre a análise do dados qualitativos, foram separados por respostas abertas, como os dados do bloco sobre o fisioterapeuta, como o que faz um fisioterapeuta, ações deste profissional na APS e na educação infantil, bem como ações que gostariam que o fisioterapeuta realizasse neste locais e públicos.

Os resultados, dos dados quantitativos de cada grupo, foram transformados em porcentagem de acordo com o número total de componentes para demonstrar as tendências dentro dos grupos pesquisados e a análise das respostas abertas relatadas nas perguntas na tentativa de esclarecer as diferentes características e descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação.

As entrevistas foram realizadas gravações com uso do recurso no celular, após o consentimento, assinatura no termo e orientação sobre a pesquisa. As transcrições de cada entrevista (disponíveis no drive), foram realizadas por grupos específicos de profissionais de saúde, da educação e famílias (Apêndice A), sendo realizado pela pesquisadora e acadêmicas da pesquisa no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022. As transcrições foram realizadas manualmente, ou seja, ao ouvir a cada frase, foram interrompidas as gravações para a descrição detalhada das palavras, expressões, pausas e risos, tendo um duração média de 1h30 minutos por transcrição de entrevista. Após a transcrição das entrevistas, foram separados os elementos de análise quantitativa, pois se tratava de respostas com dados numéricos e elementos da análise qualitativa, o qual se tratava de opiniões pessoais sobre a atuação do fisioterapeuta nos serviços de saúde e educação.

Para as questões fechadas, que estavam no Bloco 1: Identificação pessoal e institucional (idade, sexo, função atual, tempo de trabalho na EMEI ou UBS e tipo de vínculo), no Bloco 2: Educação Infantil (parcerias que a EMEI mantem e profissionais que atuam na EMEI) e no Bloco 3: Fisioterapeuta (atuação profissional em ciclos da vida, locais e setores) foram realizadas análise quantitativa.

Para as questões abertas, que estavam no Bloco 3 (atuação profissional na APS, educação infantil e ações que gostariam que o fisioterapeuta realizasse nestes espaços) foram

realizadas análise qualitativa. Após a divisão de cada grupo, os profissionais da saúde, da educação e as famílias dos alunos, foram realizadas leituras das transcrições das respostas dos entrevistados acerca da atuação do fisioterapeuta nestes locais, e a cada resposta analisada foram determinadas categorias com base nas frases das entrevistadas. Em seguida, foram separadas frases que representam as categorias previamente definidas pela pesquisadora e ao final de cada pergunta foram elaboradas sínteses dos achados.

Como parte da análise qualitativa foram realizadas também a discussão com o referencial teórico levantado através de buscas nas plataformas como, google acadêmico, scielo, pubmed e lilacs.

5.6. Comitê de ética

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, nº 50733221.6.0000.5390, os indivíduos envolvidos foram contatados e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido

(Anexo A).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abaixo serão abordados os resultados e discussão dos dados quantitativos da APS, UBS, EI, EMEI e famílias dos alunos que estão matriculados na escola.

6.1. Resultados e discussão quantitativa - UBS “Antônio Carlos Fabricio”

Tabela 3. Idade, tempo de trabalho dos funcionários na APS e Unidade Básica de Saúde (UBS) “Antônio Carlos Fabrício”, Araras - 2021.

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão	CV
Idade	41,09	41	25	62	10,88	26,47
Trabalha na APS	103,63	84	18	240	68,83	66,41
Trabalha na UBS	44	24	1	168	56,35	128,08

As entrevistadas apresentaram média de idade de 41,09 anos, $\pm 10,88$, tempo de trabalho na APS mediana de 84 com variação de 18 a 240 meses e tempo de trabalho na UBS mediana de 24 com variação de 1 a 168 meses, CV 128,08.

Tabela 4. Sexo, função e vínculo de trabalho dos funcionários da Unidade Básica de Saúde (UBS) “Antônio Carlos Fabrício”, Araras - 2021.

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	11	100
Função		
Servente	1	9,09
Agente comunitária de saúde	1	9,09
Enfermeira	1	9,09
Auxiliar administrativo	1	9,09
Auxiliar de enfermagem	1	9,09
Médica pediatra	1	9,09
Médica clínica	2	18,18
Técnica de enfermagem	3	27,27
Vínculo		
Celetista	1	9,09
Concursado	10	90,9

Todas as entrevistadas são do sexo feminino, apresentam diferentes funções de trabalho sendo 18,18% médica clínica e 27,27% técnicos de enfermagem e 90,9% relataram que são concursadas.

As entrevistadas apresentam uma experiência profissional considerável devido o tempo de trabalho exercido na APS. Marsiglia (2011) realizou um estudo para levantar o perfil

dos trabalhadores das UBS, organizadas sob, Programas de Saúde, Saúde da Família e Mistos da região norte e central do município de São Paulo. Como resultados, 80,7% dos entrevistados eram mulheres; 50,5% entre 21 e 40 anos de idade e 49,1% entre 41 e 60 anos; 61,4% naturais do município; apresentaram escolaridade superior ao exigido para as funções exercidas; no nível superior, 13,9 % eram médicos; no médio, 21,3% eram auxiliares de enfermagem e, no operacional, 20,7% eram Agente Comunitários de Saúde; 40,1% trabalhavam na UBS há mais de 5 anos, 12,9% há mais de 10 anos e 6,3% há mais de 20 anos; 64,7% trabalhavam só na UBS, 46,7% tiveram experiência na área hospitalar; 92,3% dos que trabalhavam nas UBS de Programas de Saúde eram funcionários públicos estatutários e 77% dos das UBS de Saúde da família contratados via CLT, pelas instituições parceiras da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Nunes et al (2015) caracterizaram o perfil e as relações laborais dos trabalhadores da Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte localizados no Paraná. Foi realizado um estudo transversal descritivo em 49 municípios do norte do estado, por meio de questionário aplicado aos profissionais de saúde. Como resultados, quanto ao tempo de atuação, 69,2% dos Técnicos de Saúde Bucal (TSB), 40,6% dos Auxiliares de Enfermagem, 40,6% dos enfermeiros, 40,0% dos médicos e 38,4% dos dentistas possuíam de nove a mais de 24 anos de atuação na área, e, do total de trabalhadores entrevistados, 10,5% possuíam menos de um ano de atuação, sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) os profissionais que estavam atuando há menos tempo nas equipes. Destes, 65,8% atuavam de um a seis anos nos serviços. Quanto às características sociodemográficas dos profissionais, observou-se predominância de profissionais do sexo feminino em todas as categorias (81,3%), com exceção da categoria médica, na qual 75,3% eram do sexo masculino. Quanto às faixas etárias, 76,5% dos profissionais encontravam-se em idades que variaram de 29 a 44 anos, e a categoria médica foi a única que apresentou maior concentração na faixa etária de 45 a 74 anos, com 52,9%. Houve predominância de seleção por concurso público ou teste seletivo, em que 79,3% de todos os profissionais referiram ter sido assim selecionados.

Lima et al (2016) identificaram o perfil dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família no município de Serra, Espírito Santo. Foi realizado um estudo descritivo e transversal, com aplicação de formulário estruturado em 205 profissionais no ano de 2013. Como resultados, 91,4% dos Agentes Comunitários de Saúde, são do sexo feminino, idade média de 37,4 anos, 96,6% ingressaram na ESF por processo seletivo.

Sobre o vínculo empregatício, 99,1% são com a Secretaria Municipal de Saúde e 92,2% regime de trabalho são empregado público. Os Auxiliares de Enfermagem, 96% são do sexo feminino, idade média de 43,6 anos, 80% ingressaram na ESF por concurso público. Sobre o vínculo empregatício, 100% são com a Secretaria Municipal de Saúde e 76% regime de trabalho são estatutário. Os Enfermeiros, 84,4% são do sexo feminino, idade média de 41,2 anos, 90,6% ingressaram na ESF por concurso público. Sobre o vínculo empregatício, 100% são com a Secretaria Municipal de Saúde e 93,8% o regime de trabalho são estatutário. Os Médicos, 87,5% são do sexo feminino, idade média de 38,8 anos, 53,1% ingressaram na ESF por concurso público. Sobre o vínculo empregatício, 90,6% são com a Secretaria Municipal de Saúde, 53,1% o regime de trabalho são estatutário, mas 40,6% possuem contrato temporário.

Os estudos supracitados realizaram um levantamento sociodemográfico sobre o perfil dos profissionais da APS, com predominância do sexo feminino, concursadas corroborando assim com os achados do perfil das trabalhadoras da UBS. A feminização das profissões de saúde, na verdade, é possível considerar três tempos na historiografia contemporânea do trabalho das mulheres, o primeiro seria aquele em que o trabalho da mulher predominaria; o segundo, aquele em que a visibilidade da mulher assalariada (operária e funcionária) seria o elemento mais marcante; e o terceiro, ancorado na primeira parte do século XX, aquele em que a questão do acesso das mulheres às novas profissões seria claramente formulada (WERMELINGER et al, 2010).

Torna-se fundamental estabelecer o fio que liga as assalariadas do fim do século XIX às de hoje. O fim do século XIX caracteriza-se pelo acesso das mulheres a novos cursos e novos empregos. Entre as duas guerras, havia controvérsias sobre a questão do acesso das mulheres às carreiras superiores, embora existisse um clima bem mais favorável a uma “carreira feminina”. Fora do grupo mais conhecido, que era o das professoras do ensino secundário, começaram a aparecer as seguintes profissões, advocacia, medicina, engenharia e docência universitária, e sua inserção nos respectivos meios profissionais sempre foi conflituosa (WERMELINGER et al, 2010).

Zell et al (2021) analisaram a inserção da mulher no trabalho e quais as profissões com maior percentual de mulheres na APS no município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado a partir de uma de análise documental com registros existentes na coordenação da atenção básica do município de Santa Cruz do Sul. Em 2019, atuavam

na Atenção Básica de Santa Cruz do Sul 352 trabalhadores. Destes, 307 (87%) eram mulheres e 45 homens (13%). Dentre os médicos, 32 eram do sexo feminino (64%). Na enfermagem a contribuição das mulheres é ainda maior: 88% dos enfermeiros e 89% dos técnicos de enfermagem são mulheres. Na odontologia 74% dos postos de trabalho são ocupadas por elas. Já a categoria com predomínio feminino absoluto é o dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo 95% mulheres.

O estudo de Zell et al (2021), após uma década ratifica os achados de Wermelinger et al (2010) sobre o crescimento da força de trabalho de mulheres nas profissões da saúde, bem como a medicina, dentre outras áreas, como enfermagem, técnico de enfermagem, odontologia, considerando uma crescente da feminização do setor saúde.

Nos “trabalhos das mulheres”, as atividades e/ou os ofícios mais considerados são, costura, assistência às crianças e à saúde (enfermeiras, parteiras), manutenção da casa, entre outras. As atividades ligadas aos diversos trabalhos de agulha que marcam as horas da maior parte da jornada das mulheres do século XIX evidenciam o caráter tênue das fronteiras entre atividade doméstica e atividade produtiva (WERMELINGER et al, 2010).

Historicamente as mulheres estão associadas a atividades domésticas, manuais, artesanais, no entanto a desconstrução parte sobre um novo olhar para essa mulher que apresenta responsabilidade além dos cuidados familiares, maternais e domésticos. O princípio se estabelece rompendo as tradições socioculturais enraizadas, para uma transformação identitária na feminização das profissões.

A radicalidade das transformações instaurada com a Revolução Industrial, em particular em relação ao destino das mulheres, cria a condição de trabalhadora em oposição ao trabalho das mulheres, tido como natural a elas. É também o tempo em que os discursos médicos sobre a educação das crianças coincidem com o discurso das elites sobre a “mulher do lar”, instaurando essas duas categorias identitárias fortemente concomitantes e contraditórias, a trabalhadora e o “anjo do lar” (WERMELINGER et al, 2010).

Tais discursos presentes no texto anterior por médicos e elites, nos remete a masculinidade, que caracterizou e diferiu papéis distintos no mesmo gênero, sendo a mulher uma, a trabalhadora ou a outra, mulher do lar, porque não ser as duas? Porque a divisão de funções e cargos? Porque deve ser a trabalhadora e não a do lar, ou ao contrário?

Na história, o patriarcado fortemente foi estabelecido a fim de basear uma estrutura de relações que predominam o poder primário ao homem, sendo ele provedor, controlador, detentor e privilegiado socialmente, dentre estas profissões estas específicas ao masculino. A medida em que a mulher entra no mercado de trabalho na industrialização, estabelece um marco e provoca mudanças irreversíveis nas relações na força de trabalho, estrutura familiar e responsabilidade femininas, o qual gritou por liberdade, igualdade de gênero e direitos, dando início a um longo processo de lutas e muitas conquistas.

Muitos desafios surgem com a mulher no mercado de trabalho, que apresentam dupla jornada de trabalho, com o trabalho formal, as demandas domésticas, maternas, além da diferença financeira de gêneros, em outras áreas em que ainda a uma alta porcentagem de mão de obra masculina.

Segundo dados do IBGE (2010), o censo sobre amostra de trabalho, em nível nacional sobre classe de gênero em saúde humana e serviços sociais, 840.585 são pessoas do sexo masculino e 2.413.508 são pessoas do sexo feminino. No estado de São Paulo, 217.868 são pessoas do sexo masculino e 650.717 são pessoas do sexo feminino; no município de Araras, 614 são pessoas do sexo masculino e 2.404 são pessoas do sexo feminino.

Os dados do IBGE estão agrupados em duas classes distintas de profissões no setor saúde e assistência social, no entanto é possível notar a presença feminina prevalente quando comparado ao sexo masculino no cenário nacional, estadual e municipal. Esses achados corroboram com o resultado da pesquisa que apresentou 100% trabalhadoras no setor saúde, em específico na APS.

A Política Nacional de Atenção Básica (2012) estabelece profissionais de saúde para compor a equipe, sendo o enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, médico, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista, técnico e auxiliar em saúde bucal. Esses profissionais foram encontrados na pesquisa na UBS, sendo apenas o cirurgião dentista, técnico e auxiliar em saúde bucal, não encontrado na unidade de saúde referenciada. No entanto, ao lado esquerdo na UBS “Antônio Carlos Fabricio” se localiza o Centro Odontológico “Dr Solon de Oliveira Fernandes Araras” composto por profissionais de Odontologia, oferecendo serviços em saúde bucal para a população da zona leste.

Tabela 5. Parcerias que a EMEI possui e os profissionais que compõe a equipe EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”, Unidade Básica de Saúde (UBS) “Antônio Carlos Fabrício”, Araras – 2021.

Variáveis	f	%
EMEI possui parcerias		
Não	11	100
Profissionais que compõe a EMEI		
Não	5	45,45
Sim	6	54,54
Profissionais		
Psicólogo	1	9,09
Auxiliar administrativo	1	9,09
Estagiário de pedagogia	1	9,09
Secretária	1	9,09
Informática	1	9,09
Vice-diretor	1	9,09
Coordenador	2	18,18
Educação física	2	18,18
Pedagogia	2	18,18
Diretor	4	36,36
Professor	6	54,54
Servente	6	54,54

Todas as entrevistadas relataram desconhecer as parcerias da EMEI, 54,54% relataram conhecer quais são os profissionais que compõe a equipe da EMEI, dentre eles 36,36% citaram o diretor e 54,54% o professor e o servente.

As entrevistadas desconhecem as parcerias da EMEI, dentre estas com a Fundação Hermínio Ometto, com o curso de Fisioterapia, esse resultado corrobora com o desconhecimento de algumas profissionais sobre a atuação do fisioterapeuta na APS e na educação infantil. Isso se dá também pela dificuldade do trabalho em rede, sobre as parcerias e convênios do serviço público de saúde com empresas, instituições filantrópicas, universidades, comunicação e divulgação dos serviços intra/intersectorial.

Algumas profissionais de saúde (54,54%) relataram conhecer quais são os profissionais que compõe a equipe da EMEI, sendo os mais citados o diretor, professor e o servente. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, 2017) contempla na educação básica obrigatoriamente, o estudo da língua portuguesa e da matemática, o conhecimento do mundo físico e natural, da realidade social e política, o ensino da arte, especialmente em suas expressões regionais e da educação física, integrada à proposta pedagógica da escola, sendo todos componentes curriculares obrigatórios na educação infantil. Observamos então a presença do professor de pedagogia, artes e educação física, como profissionais atuantes na educação infantil. As entrevistadas da UBS citaram de maneira generalista o professor, bem como diretor que é um professor que atua como gestor pedagógico e administrativo da escola.

Tabela 6. Ciclos da vida, locais e setores de atuação do Fisioterapeuta, Unidade Básica de Saúde (UBS) “Antônio Carlos Fabrício”, Araras - 2021.

Variáveis	f	%
Ciclos da vida		
Criança	10	90,9
Adulto	10	90,9
Idoso	11	100
Locais		
Asilo	1	9,09
Universidade	1	9,09
Ambulatório	1	9,09
Unidade Básica de Saúde	1	9,09
Centro de reabilitação	1	9,09
Empresa	2	18,18
Posto de saúde	2	18,18
Rede pública	2	18,18
Academia	3	27,27
Domicilio	4	36,36
Escola	5	45,45
Clínica	8	72,73
Hospital	9	81,81
Setores		
Educação	5	45,45
Esporte	5	45,45
Saúde	10	90,9

Sobre ciclos da vida em que o Fisioterapeuta atua, 90,0% das entrevistadas citaram criança, sobre os locais de atuação do Fisioterapeuta 45,45% citaram a escola, 72,73%

clínica e 81,81% hospital, sobre os setores em que o Fisioterapeuta atua 45,45% relataram os setores educação, esporte e 90,9% saúde.

As entrevistadas citaram diferentes locais de atuação do fisioterapeuta, como clínicas, hospitais e escolas, isso se dá pelas diferentes áreas de especialidades da profissão, como atuação em terapia intensiva e cardiorrespiratória com atuação em hospitais, neurofuncional, traumato-ortopedia, saúde da mulher, dermatofuncional ofertando atendimentos em clínicas (COFFITO, 2022). Alguns estudos, Cardon (2002), Shah (2011), Martinello et al (2011), Silva et al (2015), Felício et al (2012, Moreira et al (2010) abordaram atuação do Fisioterapeuta em âmbito escolar, sendo este um local também citado como espaço profissional.

Como público de atuação dentro do ciclo da vida, foram citados todos, sendo o público infantil em maior evidência, as quais podem ser atendidas em diferentes locais acima mencionados, bem como em unidade de saúde, atendimento domiciliar e centro de reabilitação.

Sobre atuação intrasetorial, o setor saúde se torna natural como campo profissional do Fisioterapeuta, por se tratar de uma profissão da área, seguido de ações intersetoriais, com atuação na educação e esporte. O esporte como especialidade da Fisioterapia foi reconhecido pela Resolução nº. 337, de 08 de novembro de 2007, o qual considera a importância do esporte para a saúde, bem como a manutenção da saúde funcional do indivíduo para a prática esportiva. A atuação na especialidade em Fisioterapia Esportiva se caracteriza pelo exercício profissional desde a promoção de atenção básica direta à saúde do paciente por meio do diagnóstico cinético-funcional bem como a eleição e execução de métodos fisioterapêuticos pertinentes a este, observando os seguintes aspectos relacionados à prática esportiva (COFFITO, 2007).

Rocha (2018) realizou um estudo afim de compreender a importância da Fisioterapia preventiva para os atletas de Futsal do time da União Pioneira da Integração Social (UPIS) do Distrito Federal. Foi aplicado um questionário semiestruturado em dezoito atletas do futsal, do respectivo time supracitado. Os atletas apresentaram média da idade de 22 anos, quanto ao tempo de prática esportiva variou entre 1 e 17 ou mais anos, sendo 39% de 11 a 16 anos. Sobre a frequência em que os jogadores praticam futsal, 39% exercem 5 dias na semana, 67% dos atletas praticam outra atividade física, além do futsal, como academia, musculação, futebol de campo, corrida e futebol. Dos atletas, 84% se

machucam às vezes durante treino ou jogo, 77% sentem dores às vezes e 12% sempre jogam ou treinam sentindo dores, 45% dos jogadores já sofreram algum tipo de lesão grave. Quando entrevistados 100% dos atletas consideram a atuação deste profissional importante e quanto atuação preventiva foi considerada muito necessária por parte de 89% dos participantes e 11% como necessária para os atletas de futsal.

Cunha et al (2021) realizaram um estudo para avaliar a prevalência de lesões musculoesqueléticas em atletas de voleibol da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Foi realizada aplicação de um questionário no período de junho a setembro de 2020. A população do estudo foi composta por 16 atletas do time feminino da UNIFOR com idades entre 18 e 25 anos com histórico de lesão dentro do voleibol. A maior prevalência de lesões nas jogadoras são nas estruturas do joelho 28,6%, do ombro 21,4% e do tornozelo 21,4% e essas lesões ocorrem principalmente durante os treinos. Já a forma de tratamento dessas lesões foi 42,9% fisioterapêutico, 21,4% medicamentoso e 21,4% não realizaram nenhum tipo de tratamento.

Os estudos de Rocha (2018) e Cunha et al (2021) abordam a atuação do Fisioterapeuta no esporte, setor esse relatado pelas entrevistadas como campo de atuação profissional.

6.2. Resultados e discussão quantitativa - EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”

Tabela 7. Idade, tempo de trabalho dos funcionários na Educação Infantil (EI) e Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras - 2021.

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão	CV
Idade	40,27	40	23	51	6,99	17,36
Trabalha na EI	112,18	96	2	360	85,73	76,42
Trabalha na EMEI	48,75	46	2	108	40,25	82,55

As entrevistadas apresentaram média de idade de 40,27 anos, \pm 6,99, tempo de trabalho na EI mediana de 96 com variação de 2 a 360 meses, CV 76,42 e tempo de trabalho na EMEI mediana de 46 com variação de 2 a 108 meses.

Tabela 8. Sexo, função e vínculo de trabalho dos funcionários da Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras - 2021.

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	33	100
Função		
Professora de Educação Física	1	3,03
Professora de Artes	1	3,03
Diretora	1	3,03
Vice-diretora	1	3,03
Coordenadora	1	3,03
Secretária escolar	1	3,03
Servente	3	9,09
Auxiliar geral	3	9,09
Monitora educacional	6	18,18
Professora de Educação Infantil (EI)/ Professor de Educação Básica (PEB) I	15	45,45
Vínculo		
Celetista	3	9,09
Concursado	30	90,9

As entrevistadas são todas do sexo feminino, apresentam diferentes funções de trabalho sendo 18,18% monitora educacional e 45,45% professora de EI/PEB I e 90,9% relataram que são concursadas.

As entrevistadas apresentam uma experiência profissional considerável devido o tempo de trabalho exercido na educação infantil. Carvalho (2018) realizou um estudo apresentando o perfil do professor da educação básica no Brasil, com dados extraídos do Censo da Educação Básica dos anos 2009, 2013 e 2017. O estudo demonstrou que os professores típicos brasileiros em 2017 são mulheres (81%), de raça/cor branca (42%) ou parda (25,2%), com idade média de 41 anos, alocadas, prioritariamente, nas etapas iniciais da educação básica. Uma minoria declarou ser portadora de necessidades especiais (0,31%). A escolaridade do professor é predominantemente de nível superior, licenciatura. Dos graduados, 36% têm títulos de pós-graduação lato ou stricto sensu. A maior parte dos professores são concursados e leciona em apenas uma escola, 38% em uma única turma e 40% ministra uma única disciplina.

Gil (2013) investigou o perfil dos professores de Educação Infantil (EI) do município do Rio de Janeiro. Foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa, por meio de um questionário digital, foram aplicados em dois grupos focais com professores que responderam o questionário e aceitaram a modalidade presencial da pesquisa. Na análise quantitativa de 325 professores da EI, 97 % são do sexo feminino, com idade média de 37 anos, graduadas e que atuam prioritariamente em turmas do maternal, quanto a formação dos professores, 74% possuem formação em Magistério/Pedagogia. Pela análise qualitativa a discussão ampliou na formação inicial e continuada dos professores da EI e o processo de construção da identidade profissional por eles vivido, bem como na reformulação das turmas de crianças por professores.

Bulaty et al (2015) realizaram um estudo para verificar o perfil dos professores da educação infantil do município de Rebouças, Paraná. Foi realizado um estudo qualitativo no período entre 2011-2012. Para obter os dados sobre a realidade, houve a participação da Coordenadora Pedagógica da Educação Infantil do município de Rebouças, respondendo ao questionário aberto sobre o perfil docente dos profissionais da infância. O perfil dos professores na educação infantil é exercido na sua grande maioria por mulheres, considerada jovens entre seus 17 a 30 anos, com um percentual grande destes formados em nível superior e com pós-graduação lato-sensu.

Os estudos acima descritos corroboram com os achados da pesquisa, evidenciando o espaço da educação infantil predominantemente a presença das mulheres como profissionais no processo de educação das crianças. No entanto, historicamente as creches e jardins de infância foram criados a princípio como espaço de cuidados e posteriormente com práticas pedagógicas de ensino, frente a necessidade e entrada da mulher no mercado de trabalho, o qual trouxe mudanças e reestruturação das famílias.

A mulher carrega atribuições socialmente impostas, como a maternidade, o cuidado da casa e dos filhos, a tarefa de guardiã do afeto e da moral na família, isso se dá pela naturalização dos papéis e das relações de gênero, o qual faz parte de uma ideologia que acredita que esta realidade é fruto da biologia, de uma essência masculina e feminina, como se homens e mulheres já nascessem assim. No entanto, o que é ser mulher e ser homem não é fruto da natureza, mas da forma como as pessoas vão aprendendo a ser, em uma determinada sociedade, em um determinado momento histórico. Por isso, desnaturalizar e explicar os mecanismos que conformam esses papéis é fundamental para compreender as relações entre homens e mulheres, e também seu papel na construção do conjunto das relações sociais (FARIA et al, 2003).

Como papel social a mulher apresenta uma maior responsabilidade pelo cuidar e educar, conforme encontramos a alta participação das mulheres no cargo de professoras nos primeiros anos de vidas das crianças em creches e escolas, o qual pode estar atribuído as funções historicamente construídas e socialmente naturalizados nas mulheres.

Batista (2013) realizou um estudo para investigar a emergência da docência na Educação Infantil no estado de Santa Catarina, percorrendo um conjunto de entres os anos 1908 a 1949. A pesquisa mostrou que a estruturação histórica dos serviços voltados para a educação e cuidado das crianças pequenas, nos processos de emergência da docência na Educação Infantil em Santa Catarina, foi fruto de iniciativas religiosas, filantrópicas, jurídica, médico-sanitarista e empresarial, gestadas em diferentes contextos sociais, geográficos, culturais e políticos, com diversidade de formas de composição e organização do trabalho. Foi evidenciado a forte presença feminina aproximando a ideia da maternagem ao profissional. Nos Jardins de Infância e creches, foram constituídas por religiosas de confissão católica e por senhoras luteranas, o que marca a presença dos valores religiosos, morais e cívicos.

São apresentadas as iniciativas de Jardim de Infância e Creche vinculadas à ação direta das mulheres, geralmente religiosas, em instituições voltadas para educação, saúde e assistência social. Às religiosas (luteranas e católicas) que tinham uma vida ativa junto à igreja e/ou vinculadas às congregações femininas era destinada a tarefa de atender às crianças, reafirmando o *ethos* religioso orientado pelo dever e fundamentado na obediência às regras religiosas, que passam a embasar uma docência como ofício moral. O tom implícito na educação religiosa luterana caracteriza a função e o papel da mãe e professora afetuosa e maternal (BATISTA, 2013).

As professoras de Educação Infantil percebem e vivem, no contato diário com as crianças, relações que se aproximam das práticas brincantes, afetivas, emocionais, corporais, festivas e de cuidado; vivem cotidianamente imersas em um ambiente majoritariamente feminino, além do convívio com as famílias, cuja proximidade é distinta dos espaços escolares. Nesse contexto, as dimensões da maternagem, tanto quanto as do trabalho doméstico, revelam-se indissociáveis das dimensões constitutivas da docência. Portanto, as práticas educativo-pedagógicas constituem-se a partir de um conjunto de conhecimentos nos quais se mesclam experiências domésticas, experiências oriundas das práticas pedagógicas e aquelas adquiridas nos cursos de formação inicial e continuada (BATISTA, 2018).

Evidenciamos nos estudos de Batista (2013), (2018) a associação da mulher enquanto responsável pelos cuidados domésticos e da maternidade com a profissional do cuidado e da educação com crianças pequenas de creches e jardins de infância. Esses achados corroboram os resultados evidenciado na pesquisa, em que todas as profissionais da EMEI são mulheres que apresentam diferentes funções, no entanto em sua maioria são professoras de educação infantil.

Segundo dados do IBGE (2010), o censo sobre amostra de trabalho, em nível nacional sobre classe de gênero na educação, 1.178.080 são pessoas do sexo masculino e 3.697.169 são pessoas do sexo feminino. No estado de São Paulo, 249.653 são pessoas do sexo masculino e 782.796 são pessoas do sexo feminino; no município de Araras, 617 são pessoas do sexo masculino e 2.531 são pessoas do sexo feminino.

Os dados do IBGE é possível notar a presença feminina prevalente quando comparado ao sexo masculino no cenário nacional, estadual e municipal. Esses achados ratificam os resultados da pesquisa que identificou que 100% das profissionais da educação infantil

“Professor Paulo Roland Lordello” são mulheres, destas 45,45% são professoras específicas de educação infantil, dentre as diferentes profissões das entrevistadas na escola.

Tabela 9. Parcerias que a EMEI possui e os profissionais que compõe a equipe EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021.

Variáveis	f	%
EMEI possui parcerias		
		114
Não	11	33,33
Sim	22	66,66
 Locais de parcerias		
Sistema de Crédito Cooperativo (SICREDI)	1	3,03
Centro de Estimulação e Reabilitação Educacional e Neurológico (CEREN)	2	6,06
Comunidade/pais	2	6,06
Secretaria Municipal de Educação	5	15,15
Prefeitura	5	15,15
Profissionais	5	15,15
Fundação Hermínio Ometto	13	39,4
 Profissionais que compõe a EMEI		
Sim	33	100
 Profissionais		
História	1	3,03
Psicopedagogia	1	3,03
Auxiliar geral	1	3,03
Técnico	1	3,03
Fisioterapia	1	3,03
Administrativo	1	3,03
Comunidade	1	3,03
Psicólogo	2	6,06
Supervisor	2	6,06
Funcionários terceirizados	2	6,06

Educação inclusiva	2	6,06
Letras	3	9,09
Estagiário de pedagogia	5	15,15
Secretária	7	21,21
Inglês	11	33,33
Educação física	12	36,36
Artes	13	39,39
Pedagogia	16	48,48
Vice-diretor	20	60,60
Monitor educacional	23	69,69
Servente	24	72,72
Coordenador	25	75,75
Diretor	26	78,78
Professor	30	90,90

Entre as entrevistadas somente 66,66% relataram conhecer sobre parcerias da EMEI, dentre os locais de parceria 39,4% citaram a Fundação Hermínio Ometto, 100% relataram conhecer quais são os profissionais que compõe a equipe da EMEI, dentre eles 78,78% citaram o diretor e 90,9% professor.

Visto o tempo de trabalho das profissionais na EMEI (mediana 46 meses), 39,4% das entrevistadas relatam conhecer a parceria da escola com a Fundação Hermínio Ometto, que desde 2014 com o curso de Fisioterapia desenvolve ações na EMEI, sendo interrompido pela condição pandêmica do COVID-19. A vivência e observação das profissionais na execução das ações do Fisioterapeuta na escola contribuiu para o conhecimento da parceria, pois na aplicação da entrevista, algumas no relato declararam experiências vivenciadas com as crianças na EMEI, enquanto monitoras e professoras responsáveis.

Todas as entrevistadas argumentaram conhecer quais são os profissionais da educação infantil, conforme previsto obrigatoriedade pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação

Nacional (LDB, 2017), em especial mais citado o professor e diretor, quem também é um professor com cargo de gestor da escola.

Tabela 10. Ciclos da vida, locais e setores de atuação do Fisioterapeuta, Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras - 2021.

Variáveis	f	%
Ciclos da vida		
		117
Idoso	27	81,82
Adulto	29	87,87
Criança	31	93,93
Locais		
Academia	1	3,03
Universidade	1	3,03
Assistência social	1	3,03
Unidade Básica de Saúde	1	3,03
Asilo	2	6,06
Posto de saúde	3	9,09
Centro de reabilitação	4	12,12
Consultório	6	18,18
Empresa	7	21,21
Domicilio	7	21,21
Clínica	21	63,64
Escola	25	75,76
Hospital	26	78,78
Setores		
Administrativo	1	3,03
Trabalho	2	6,06
Transporte	3	9,09
Esporte	5	15,15
Educação	11	33,33
Saúde	23	69,70

Sobre os ciclos da vida em que o Fisioterapeuta atua 93,93% das entrevistadas citaram criança, sobre os locais de atuação do Fisioterapeuta 63,64% citaram clínica, 75,76%

escola e 78,78% hospital, sobre os setores em que o Fisioterapeuta atua 33,33% relataram o setor educação e 69,7% saúde.

As entrevistadas relataram atuação do Fisioterapeuta em todos os ciclos da vida, sendo o público infantil em maior evidencia, tendo como principais locais as clínicas, escolas e hospitais como campo profissional, com ações intrasetoriais no setor da saúde e intersetoriais no setor da educação conforme observado com as entrevistadas da UBS.

6.3. Resultados e discussão quantitativa – Famílias dos alunos da EMEI “Professor Paulo Roland Lordello”

Tabela 11. Idade dos familiares e tempo que a criança frequenta a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021/2022.

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão	CV
Idade	32,5	32	21	65	9,87	30,39
Frequenta a EMEI	21,97	24	0,1	60	18,50	84,22

Os entrevistados apresentaram média de idade de 32,5 anos, \pm 9,87, tempo que a criança frequenta a EMEI mediana de 24 com variação de 0,1 a 60 meses.

Tabela 12. Nível de escolaridade, função e grau de parentesco dos familiares das crianças que frequentam a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021/2022.

Variáveis	f	%
Nível de escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	1	5,55
Ensino médio incompleto	1	5,55
Ensino superior incompleto	2	11,11
Ensino superior completo	4	22,22
Ensino médio completo	10	55,55
Função		
Agente de negócio	1	5,55
Coordenadora	1	5,55
Balconista	1	5,55
Assistente administrativo	1	5,55
Autônoma	1	5,55
Manicure/pedicure e Depiladora	1	5,55
Analista Financeiro	1	5,55
Desempregada	2	11,11
Do lar	3	16,65
Auxiliar de produção/manufatura	3	16,65
Técnica de enfermagem	3	16,65
Grau de parentesco		
Avó	1	5,55
Pai	1	5,55
Mãe	16	88,88

Sobre o nível de escolaridade 22,22% dos entrevistados possuem ensino superior completo e 55,55% ensino médio completo, apresentam diferentes funções de trabalho dentre elas 16,65% relataram ser do lar, auxiliar de produção/manufatura e técnica de enfermagem, sobre o grau de parentesco 88,88% são mães.

As entrevistas foram realizadas durante as reuniões de pais e mestres com as famílias na escola e, observamos em sua maioria a presença das mães nestes encontros, sendo assim evidente a participação das mães na aplicação do roteiro. Partindo dessa reflexão, percebemos a estigmatização as famílias que participam ou não das reuniões e do cotidiano escolar enquanto responsáveis pelas crianças, com maior presença das mães nestes espaços. Carregamos um modelo de família nuclear constituída por pai, mãe e filhos. Como a maioria dos responsáveis pelas crianças matriculadas são as mães e avós, reafirmamos a importância que tem o gênero feminino na história da humanidade (TRIGUEIRO, 2014).

O modelo de família patriarcal pode ser assim descrito, um extenso grupo composto pelo núcleo conjugal e sua prole legítima, ao qual se incorporavam parentes, afilhados, agregados, escravos e até mesmo concubinas e bastardos; todos abrigados sob o mesmo domínio, na casa-grande ou na senzala, sob a autoridade do patriarca, dono das riquezas, da terra, dos escravos e do mando político (FREIRE, 1983).

Sayão e Aquino (2011) relata que em meio a duas guerras, período este em que as mulheres foram inseridas no mercado de trabalho pela indústria bélica, pois enquanto os homens estavam na guerra elas fabricavam as bombas. Mulher essa de 1960 libertária, é herdeira da guerra e com o fim desta e o retorno dos homens, elas não poderiam ocupar o mesmo espaço e ser as mesmas de antes.

Com o ingresso oficial da mulher no mercado de trabalho necessitou de apoio de instituições responsáveis pela guarda e cuidado de suas crianças. Nesse período, a instituição infantil se configura muito mais do que um direito da mãe trabalhadora do que da criança. Sabendo das responsabilidades de cada membro familiar, no entanto considerando que a maior parte dos representantes conselheiros são mulheres, frisa a participação da figura feminina no decorrer da história e, com os quais partilham as relações de poder e decisão da educação das crianças (TRIGUEIRO, 2014).

Romanelli (2016) na análise de algumas pesquisas indica que elas são direcionadas para se ouvir, sobretudo, as mães. E isso, evidentemente, faz a ação familiar ser reduzida à posição e à atuação materna nas análises. Logo, não se investiga o modo como o pai atua na escolarização dos filhos. Esse enviesamento privilegia a postura materna e reproduz concepções naturalizadas do senso comum que tendem a atribuir à mãe a maternagem, os cuidados, a socialização dos filhos e o acompanhamento de suas atividades escolares.

Devido a isso, os estudos sobre família e escola tendem a afastar o pai da cena doméstica. Este é considerado como autoridade, provedor, autoritário e suas relações com os filhos, seja nos cuidados com eles, que implicam a paternagem, seja no processo socializador e de escolarização são reduzidos e considerados pouco importantes nas pesquisas (ROMANELLI, 2016).

Evidenciamos então pelos autores supracitados a participação das mulheres como responsáveis pelos cuidados e acompanhamento escolar na vidas dos seus filhos.

Tabela 13. Parcerias que a EMEI possui e os profissionais que compõe a equipe Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Familiares das crianças, Araras – 2021/2022.

Variáveis	f	%
EMEI possui parcerias		
Sim	3	16,66
Não	15	83,33
Locais de parcerias		
Prefeitura	1	5,55
Serviço Social da Indústria (SESI)	1	5,55
Fundação Hermínio Ometto	1	5,55
Profissionais que compõe a EMEI		
Não	0	0
Sim	18	100
Profissionais		
Nutricionista	1	5,55
Dentista	1	5,55
Psicólogo	1	5,55
Educação especial	1	5,55
Artes	2	11,11
Educação Física	3	16,66
Vice-diretora	5	27,77
Secretária	6	33,33
Serventes	6	33,33
Pedagogia	7	38,88
Coordenadora	7	38,88
Monitor educacional	10	55,55
Diretora	11	61,11
Professor	15	83,33

Somente 16,66% dos entrevistados relataram conhecer sobre as parcerias da EMEI, dentre os locais de parceria 5,55% citaram a Fundação Hermínio Ometto, 100% relataram conhecer os profissionais que compõe a equipe da EMEI, dentre eles 61,11% citaram a diretora e 83,33% professor.

Conforme relatado uma pequena parte das famílias conhecem sobre as parcerias que a EMEI mantém, dentre elas citaram a Fundação Hermínio Ometto (5,55%). Esse resultado

pode estar relacionado ao tempo em que as crianças frequentam a EMEI, (mediana 24 meses), visto a interrupção das atividades do curso de Fisioterapia na escola devido a pandemia COVID-19. No entanto, algumas crianças frequentam a mais tempo a escola, então quais os motivos das famílias desconhecerem a parceria?

Vários fatores podem contribuir para tal fato, dentre estes a pouca participação da equipe de fisioterapeutas nas reuniões de pais e mestres afim de apresentar a equipe e o serviço realizado na escola, pela pouca divulgação da Instituição (FHO) sobre as ações de extensão realizadas a comunidade, dentre estas as parcerias com a Secretaria da Educação para a realização dos estágios pelo o curso de Fisioterapia, pela equipe de professores o qual não conhecem a parceria, sendo assim não há como repassar a informação para as famílias, pela gestão da escola em reuniões com os responsáveis pela criança ou reuniões de conselho, pela pouca divulgação das parcerias que a EMEI mantém para realizar as suas atividades. Pode ocorrer alguns destes fatores, bem como todos simultaneamente para o baixo conhecimento das famílias sobre as parcerias que a escola mantém.

Todos os familiares argumentaram conhecer quais são os profissionais da educação infantil, conforme previsto obrigatoriedade pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, 2017), em especial mais citado o professor e diretor, quem também é um professor com cargo de gestor da escola.

Tabela 14. Ciclos da vida, locais e setores de atuação do Fisioterapeuta, Familiares das crianças que frequentam a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) “Professor Paulo Roland Lordello”, Araras – 2021/2022.

Variáveis	f	%
Ciclos da vida		
Idoso	15	83,33
Adulto	16	88,88
Criança	17	94,44
Locais		
Academia	1	5,55
Clube	1	5,55
Centro médico	1	5,55
Rede pública	1	5,55
Posto de saúde	1	5,55
Pronto Atendimento/Unidade de Pronto Atendimento	2	11,11
Fundação Hermínio Ometto	3	16,67
Domicílio	6	33,33
Escola	10	55,56
Clínica	11	61,11
Hospital	13	72,22
Setores		
Trânsito	1	5,55
Turismo	2	11,11
Educação	2	11,11
Esporte	6	33,33
Saúde	11	61,11

Sobre ciclos da vida em que o Fisioterapeuta atua, 94,44% dos entrevistados citaram criança, sobre os locais de atuação do Fisioterapeuta 55,56% citaram a escola, 61,11% clínica e 72,22% hospital, sobre os setores em que o Fisioterapeuta atua 33,33% relataram o setor esporte e 61,11% saúde.

Os entrevistadas relataram atuação do Fisioterapeuta em todos os ciclos da vida, sendo o público infantil em maior evidencia, tendo como principais locais as escolas, clinicas e hospitais como campo profissional, com ações intersetoriais no setor do esporte e intrasetorial no setor da saúde conforme discutido anteriormente.

6.4. Resultados e discussão qualitativa

Os resultados e discussão foram organizados pelas perguntas referentes ao roteiro de entrevistas e por grupos de entrevistadas, sendo as profissionais da UBS, da EMEI e famílias dos alunos da EMEI.

Para você o que faz um Fisioterapeuta?

As entrevistadas da UBS relataram o Fisioterapeuta como profissional que atua no nível terciário, com ações de reabilitação e recuperação da saúde.

“Talvez assim, o que eu vejo nas pessoas que eles ajudam na reabilitação, né. A pessoa fez uma cirurgia, às vezes não consegue ainda os movimentos, então eles auxiliam [...]” (ID 1).

“Eu acho que recuperação, ah eu sempre, eu não tenho conhecimento de Fisioterapia, mas o que eu sei é que eles ajudam as pessoas a voltarem, tentar ao máximo a voltar, se sofreu algum acidente, essas coisas, na recuperação mesmo” (ID 6).

Com atuação dentro do ciclo da vida de crianças e idosos.

“Eu tive muitos pacientes idosos, eu cuidei muito tempo fiz parte de uma cooperativa e a fisioterapia tinha um papel fundamental nessas pessoas idosas e com crianças também [...]” (ID 5).

As entrevistadas relacionaram o Fisioterapeuta como um profissional do movimento, que utiliza desse recurso “movimento” para realizar os atendimentos aos pacientes.

“Fisioterapia (risos), exercícios motores (pausa) em membros inferiores e superiores (risos)” (ID 2).

“Ajuda na mobilização, assim né, voltar os movimentos da pessoa [...]” (ID 7).

Algumas entrevistadas, dentre eles uma fisioterapeuta relatou a atuação do Fisioterapeuta na prevenção de agravos à saúde.

“O fisioterapeuta, bom, eu sou fisioterapeuta (risos). A minha primeira formação é fisioterapia. Olha, o que faz um fisioterapeuta, acho que o fisioterapeuta ele pode fazer tudo, ele pode atuar desde a prevenção [...]” (ID 3).

Outras relacionaram o Fisioterapeuta como um profissional que promove qualidade de vida e bem-estar.

“Bom o fisioterapeuta eu acho que independente do que ele abrange da questão física humana, qualidade de vida né, e a pessoa com mais qualidade de vida ela tem um melhor condicionamento psíquico [...]” (ID 5).

“[...] ajuda no bem-estar e no conforto daquele paciente, a dar uma qualidade de vida melhor para aquele paciente” (ID 7).

Com ações de educação em saúde, sobre postura.

“[...] mas também trabalha assim na educação, por exemplo assim é postura, nessa parte, o próprio nome já diz né, é uma terapia do corpo” (ID 4).

Algumas entrevistadas relacionaram semelhança das ações do Fisioterapeuta com o profissional de Educação Física.

“[...] desde a infância os governantes deveriam pôr o educador físico ou o fisioterapeuta para que essa criança cresça um adulto com mais consciência do seu corpo” (ID 11).

De forma geral, as entrevistadas da UBS relataram o Fisioterapeuta como profissional com atuação na reabilitação e recuperação de saúde, com ações dentro do ciclo da vida de crianças e idosos. Relataram sobre ser um profissional do movimento, que utiliza desse recurso “movimento” para realizar os atendimentos aos pacientes, com atuação na prevenção de agravos à saúde, promoção de qualidade de vida e bem-estar. Ações de educação em saúde, sobre postura e a semelhança das ações do Fisioterapeuta com o profissional de Educação Física.

Algumas entrevistadas da EMEI argumentaram que o Fisioterapeuta realiza avaliação e identificação de risco na saúde da criança.

“Eu acredito que ele olha a parte física do corpo, se está tudo de acordo, senão tem nada sem alteração, porque quando você consegue lidar com isso na educação infantil de imediato que você vê alguma coisa que não está na sua conformidade [...]” (ID 6).

“Ele atua.... ele contribui para um melhor desempenho das crianças, quando tem alguma coisa, está com dificuldade, na motricidade deles, dos

movimentos, então esse trabalho é muito importante dos fisioterapeutas com as crianças para estar ajudando no diagnóstico, porque as vezes alguns tem algumas dificuldades e esses profissionais eles atuam ajudando” (ID 31).

Sendo o Fisioterapeuta um profissional que atua no nível terciário, com ações de reabilitação e recuperação de saúde física e cognitiva.

“Ele ajuda a reabilitar, pessoas com dificuldades, acidentadas, com alguma dificuldade motora, até mesmo às vezes cognitiva, no sentido de ajudar a estabelecer o processo cognitivo com o corpo, coordenação, essas coisas” (ID 4).

“A visão que a gente tem de fora, a gente acredita que muitas das vezes quando uma pessoa lesiona algum músculo ou alguma fratura que deixa a pessoa acamada algum tempo, muitas vezes é o fisioterapeuta que ajuda a restabelecer essa função motora, eu vejo dessa maneira” (ID 15).

“Reabilitar, eu digo quando você tem algum problema, algum acidente, alguma deficiência, e aí ele vai fazer uma reabilitação pra que você tenha a parte física mais “normal” possível, volte mais ao normal, que não possa estar limitando o seu dia a dia” (ID 26).

As entrevistadas relacionaram o Fisioterapeuta com um profissional do movimento, que utiliza desse recurso “movimento” para realizar os atendimentos.

“Ele trabalha a parte de lateralidade e cuidado com o desenvolvimento do corpo, porque muitas vezes a criança tem as dificuldades então fazendo a Fisioterapia que a criança vai melhorando, pra ela melhorar né o problema que ela tem” (ID 8).

“Ele faz os exercícios para as pessoas que estão com problemas assim, tipo de nervo, pele, algum problema físico” (ID 14).

Algumas entrevistadas argumentaram sobre a atuação do Fisioterapeuta na prevenção de agravos à saúde.

“[...] o fisioterapeuta, ele desenvolve um trabalho a nível de conhecimento corporal (pausa) tanto motor, emocional, equilíbrio, é ... para ter uma

qualidade no funcionamento corporal na melhor forma possível, tanto preventivo quanto a nível de cura” (ID 2).

“Fisio, acho que quer dizer a parte do corpo, tratamento de alguma, como eu posso falar (pausa) dos órgãos, dos membros do corpo, tratamento dos membros, da prevenção também de doenças degenerativas, na ajuda com quem já tem também essas doenças” (ID 21).

“[...] para verificar algum problema futuro, assim uma prevenção e observação, acho que mais uma prevenção” (ID 24).

Com ações de educação em saúde, sobre orientações posturais e ergonômicas na saúde do trabalhador.

“No caso de... como eu posso explicar. Quando a gente exerce um trabalho numa posição muito... que nem eu trabalho muito tempo sentada, eu percebo o quanto isso prejudica minha coluna e eu acredito que esses profissionais também atuam nessa área para melhor posição e orientação” (ID 15).

Algumas entrevistadas relacionaram o Fisioterapeuta com atuação na saúde da criança dentro do espaço escolar da educação infantil.

“Ah, ele ajuda bastante na (pausa) no andamento da criança, né. A continuidade que a gente tem aqui na creche, na evolução, os primeiros passos, tudo (pausa) principalmente no berçário” (ID 12).

“Ai, ajuda na parte motora, física das crianças, aqui no trabalho na escola que eu vejo eles ajudam principalmente crianças que têm dificuldade para andar... às vezes, né, que tem assim, algum atraso, que daí eles fazem essa reabilitação das crianças (pausa). Acho que é isso que eu vi” (ID 16).

“Ele atende crianças com dificuldade no desenvolvimento (pausa) estou falando em relação aqui” (ID 29).

Em síntese o Fisioterapeuta é reconhecido pelas entrevistadas da EMEI como um profissional que realiza avaliação, reabilitação e recuperação de saúde, utilizando o movimento como um recurso para realizar os atendimentos, com atuação na prevenção de agravos à saúde. Destacaram também ações de educação em saúde, sobre orientações

posturais e ergonômicas na saúde do trabalhador. Relacionaram o Fisioterapeuta com a atuação na saúde da criança dentro do espaço escolar da educação infantil.

As famílias relataram o Fisioterapeuta como profissional que atua no nível terciário, com ações de reabilitação e recuperação de saúde.

“Ah, se a pessoa tem algum problema, eu mesmo tenho hérnia de disco, já me tratei com um fisioterapeuta, fiz fisioterapia [...] Ah, se tem alguma dificuldade nos movimentos, ajuda a fortalecer, acho que é isso (risos). Restabelecer também os movimentos” (ID 5).

“No caso, como eu vou falar pra você, o que a gente entende é o que, ele trata bastante da postura do paciente, pra mim é mais isso, ele cuida mais da parte postural, né, muitas vezes quando você faz uma cirurgia, por exemplo eu fiz cirurgia do pé, aí eu tive que passar por fisioterapia, o nervo estava ficando duro aí eu tive que fazer” (ID 9).

“Ah, que eu saiba o Fisioterapeuta é que tem algum problema em relação a dores, tipo eu, eu tenho tendinite, eu tenho que tratar com uma fisioterapeuta em relação a isso, para fazer uma terapia” (ID 10).

Atuação do Fisioterapeuta na prevenção de agravos à saúde.

“Tudo. É porque na verdade trabalha tanto a respiratória, a coordenação, sistema respiratório, a prevenção né, contra as doenças, a gente pode colocar na recuperação também. Tem manobras que vocês fazem até para retirar os catarros, né” (ID 1).

“Cuida do desenvolvimento, reabilitação (pausa) acho que na parte de prevenção também, porque eu acho que a gente não deve procurar só na reabilitação, na prevenção também pra não ter um agravo futuro”. (ID 3)

Alguns entrevistados argumentaram sobre a atuação no desenvolvimento motor das crianças.

“Ajuda a parte motora da criança, acredito (pausa), no desenvolver” (ID 6).

“Ajuda. Ai, e agora. Ajuda na... no desenvolvimento, é de criança? A pergunta é referente a criança?” (ID 18).

As famílias relataram o Fisioterapeuta como profissional da reabilitação e recuperação de saúde, prevenção de agravos à saúde com atuação no desenvolvimento motor das crianças.

As entrevistadas convergem sobre o fisioterapeuta ser um profissional da reabilitação, tratamento, prevenção e promoção da saúde, com ações de educação em saúde. Isto, demonstra uma tendência independente do papel social e formação profissional, os argumentos das entrevistadas e famílias são semelhantes sobre a atuação do fisioterapeuta. No entanto, sobre o ciclo da vida as famílias e entrevistadas da EMEI relatam ações voltadas do fisioterapeuta com as crianças, isso se deve ao fato do contato pessoal, relações educativas e familiares estabelecidas com os dois públicos.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) dispõe a profissão do Fisioterapeuta como uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, fisiológicas e patológicas, da bioquímica, biofísica, biomecânica e dos sistemas do corpo humano com as disciplinas comportamentais e sociais (COFFITO, 2009).

Em relação à atuação profissional, as diretrizes do Conselho Federal de Fisioterapia definem que a atenção fisioterapêutica deve abranger o desenvolvimento de ações preventivas primárias, como a promoção de saúde e proteção específica, secundárias, com o diagnóstico precoce e terciárias, com ações de reabilitação (NEVES, ACIOLE, 2011).

No entanto, os entrevistados relatam majoritariamente uma realidade profissional exercida e (re)conhecida no nível terciário, com ações de reabilitação e recuperação de saúde, oferecendo tratamento de sequelas, doenças, frente as condições patológicas, com baixa atuação nos serviços primários, como as ações de prevenção e promoção da saúde, sendo necessário um olhar integral ao ser humano, sobre os condicionantes e determinantes que influenciam a saúde da população.

O movimento definido como o ato ou efeito de mover-se, o processo de mudar um objeto de lugar para o outro ou ainda atividade com um fim predeterminado, ou seja, está

relacionando a ação da vida, com expressão de liberdade e autonomia (GAINO, MOREIRA, 2010).

Desde o início da vida é possível observar o movimento, seja nas ações elementares, como o peristaltismo intestinal, o percurso sanguíneo nos vasos ou em atos mais complexos, como escrever ou falar. O homem é uma máquina em constante movimento integrado e funcional, no entanto, quando há uma restrição na qualidade e quantidade dos movimentos isso pode causar efeitos prejudiciais a qualidade de vida dos indivíduos e até a morte (GAINO, MOREIRA, 2010).

Uma máquina é composta por um conjunto de ferramentas e equipamentos de engenho destinado a produção de força mecânica, partindo dessa lógica a comparação do homem como produtor de força e movimento, a princípio apresenta alguma similaridade, no entanto, máquinas são desprovidas de sentimentos, ideias, sonhos, relações sociais, o que caracteriza o ser humano, visto que a própria autora também simboliza por meio da figura masculina e patriarcal.

Muitas vezes a palavra “homem” é utilizada para representar a humanidade, tal denominação está relacionada ao sistema social o qual o poder está centrado na figura masculina, que advém de poderes políticos, autoridade moral, privilégios sociais e controle de propriedades nascentes do pensamento patriarcal.

Freire (1983) descreveu a família patriarcal como “o vivo e absorvente órgão da formação social brasileira, que reuniu sobre a base econômica da riqueza agrícola e do trabalho escravo, uma variedade de funções sociais e econômicas”. Em seu livro *CASA-GRANDE & SENZALA*, o autor inicialmente apresenta as características gerais da colonização portuguesa cujas principais são escravocratas e de uma economia totalmente agrária, trazendo elementos colonizadores e histórico de um processo determinante na construção social e familiar brasileira da época.

De modo geral, o homem foi, dentro do patriarcalismo brasileiro, o elemento móvel, militante e renovador, a mulher, o conservador, o estável, o de ordem. O homem, o elemento de imaginação mais criadora e de contatos mais diversos e, portanto, mais inventor, mais diferenciador, mais perturbador da rotina, a mulher, o elemento mais realista e integralizador (FREIRE, 2003).

O patriarca era o centro de uma família numerosa, composta pelos cônjuges e seus filhos, mas incluindo criados, parentes, agregados e escravos, submetidos ao mando do patriarca, que era, ao mesmo tempo, marido, pai, senhor, algoz, provedor e outras características. O termo patriarcalismo, designa a prática desse modelo como forma de vida própria ao patriarca, seus familiares e seus agregados, dessa forma, o pai constitui-se em um núcleo econômico e um núcleo de poder (BONFIM, 2015).

É importante destacarmos que no patriarcalismo, esse homem é branco, cisgênero, heterossexual, detentor do papel provedor, juiz, organizador, chefe e gestor social dominante sobre os familiares e empregados com poder nas relações políticas, econômicas e sociais.

A fisioterapia é uma profissão em sua maioria composta por mulheres, desde o início da história. Wermelinger et al (2010) realizaram um levantamento de dados no setor de saúde, evidenciou que a participação feminina chega a quase 70% do total de profissionais e segundo os dados do IBGE (2010), 51.323 compõe o número de fisioterapeutas, sendo 43.814 mulheres e 7.509 homens. Esses achados confrontam o modelo patriarcal, onde a dominância profissional estaria centrada no poder detentor da figura masculina enquanto unanimidade no gênero ou alienação de poder nas relações profissionais.

As funcionárias da unidade de saúde e da EMEI descreveram o fisioterapeuta como um profissional que utiliza o recurso movimento para realizar os atendimentos, sendo esse movimento denominado tecnicamente de cinesioterapia. A cinesioterapia, considerada a terapia pelo movimento e um dos maiores recursos do Fisioterapeuta, pois ele utiliza o movimento - do indivíduo para tratar e recuperar o movimento dos indivíduos, a fim de promover qualidade de vida.

A Fisioterapia busca alcançar, através de metodologias e técnicas próprias baseadas na utilização terapêutica dos movimentos e dos fenômenos físicos, uma melhor qualidade de vida para o cidadão, frente às disfunções intercorrentes. As metodologias e as técnicas da cinesioterapia são práticas próprias e exclusivas do profissional Fisioterapeuta, sendo sua indicação e sua utilização prática terapêutica própria (COFFITO, 2009).

O exercício terapêutico é uma das ferramentas chave que um fisioterapeuta usa para restaurar e melhorar o bem-estar físico dos pacientes (KISNER & COLBY, 1998).

Os autores citados discutem sobre o movimento humano como um recurso terapêutico em que o Fisioterapeuta utiliza para avaliar as condições físicas e motoras, afim de para restaurar e restabelecer a qualidade do movimento humano, o que corrobora com os relatos das entrevistadas da UBS e da EMEI que trouxeram sobre esse profissional utilizar do movimento como conduta nos atendimentos fisioterapêuticos.

As entrevistadas da UBS e da EMEI argumentaram sobre o fisioterapeuta desenvolver ações de educação em saúde. Cardon (2002), desenvolveu um estudo para verificar a eficácia de um programa de educação postural para escolares do ensino fundamental de três escolas públicas acompanhados por um ano, os alunos foram divididos em grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI). As atividades tinham como objetivo ensinar a postura correta de diferentes tarefas, como se sentar, retirar os sapatos, pegar uma caneta, manusear carga e mochila, com duração de seis sessões de 60 minutos, sendo conduzido por um fisioterapeuta. Como resultado os escolares do GI tiveram escores significativos maiores e melhores do que o GC em todos os itens avaliados e uma diminuição de dor nas costas.

É interessante notar que as ações de educação em saúde proporcionam aos escolares autoconhecimento e percepção corporal e o quanto isso influencia no autocuidado e noções básicas de saúde, trazidas pelo estudo de Cardon (2002), corroborando com o argumento de dois funcionários da saúde sobre as ações e a influência do fisioterapeuta na educação postural dos escolares a fim de promover saúde e prevenir disfunções posturais futuras.

O estudo de Shah (2011) descreve o desenvolvimento e a viabilidade de um programa de promoção da saúde liderado pelos próprios estudantes de uma escola de ensino médio. O programa foi realizado em três etapas, sendo a primeira etapa o treinamento de líderes, a segunda à educação de estudantes de oito anos pelos líderes e a terceira o plano de educação de ações para promoção de estilo de vida, o estudo teve a participação dos estudantes de educação física. Como resultados tanto o treinamento quanto a experiência de ensinar os estudantes tiveram efeitos positivos, indicaram sobre a importância de ficar saudável juntos e habilidade de liderança e sobre os estudantes terem adquirido conhecimento sobre hábitos alimentares, exercícios físicos e estilo de vida saudável, sendo assim a avaliação do programa demonstrou que essa abordagem foi viável e valorizada pelos alunos e funcionários (líderes).

Observamos que o estudo de Shah envolveu estudantes de educação física na ação de promoção da saúde no espaço escolar de estudantes do ensino médio, já o estudo de Cardon envolveu Fisioterapeutas na ação de um programa sobre educação postural com estudantes do ensino fundamental, no entanto, notamos a similaridade de ações no campo da promoção da saúde por profissionais de diferentes formações acadêmicas, porém com atuação no âmbito educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde podendo desenvolver ações complementares com os estudantes, sobre orientações posturais, hábitos alimentares, exercício físico e estilo de vida saudável.

A Fundação Nacional de Saúde (2007) define educação em saúde como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde. É uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva.

A dimensão educativa é inerente aos processos de trabalho em saúde, seja ao nível da sua formalização nas práticas pedagógicas reconhecidas por sua delimitação ao espaço da escola ou dos serviços de assistência à saúde, mas também pela saúde e educação constituírem-se como práticas sociais que se articulam na vida de todo ser humano (Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2007).

Os estudos acima desenvolveram ações de educação em saúde, com o objetivo da formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle e transformação social.

O Ministério da Saúde (2007) define educação em saúde como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades, sendo divididas conceitualmente por educação popular em saúde e educação em saúde.

O termo educação e saúde, utilizado atualmente como sinônimo de educação em saúde, pode ter se originado dessa prática, indicando um paralelismo entre as duas áreas, com separação explícita dos seus instrumentos de trabalho: a educação ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças (FALKENBERG et al, 2014).

A ideia dos serviços de APS, se dá pela prática de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos à saúde e recuperação de saúde em âmbito individual e coletivo por meio das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), no entanto, há diferenças quanto a atuação em território e na unidade de saúde. A UBS, caracterizada pelo modelo tradicional, prestando assistência à saúde, de forma geral, centrado na figura do médico com caráter reabilitador, individualista no processo doença; e da ESF, que, do ponto de vista conceitual, é adotada como um modelo para a reorganização da APS com ações territoriais frente as reais necessidades da população, assim reafirmando os princípios do SUS.

Entendendo porta de entrada como o contato da população a saúde pública, com alto poder de resolubilidade dos problemas de saúde, sendo fundamental a ampliação do escopo de atuação dos serviços oferecidos pela APS instituída pelo Ministério da Saúde até 2019 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é composto por uma equipe multiprofissional em parceria com a ESF tem como objetivo superar o modelo assistencial, individual e fragmentado em direção a corresponsabilização e a gestão integrada do cuidado (ANJOS et al, 2013) e que sua atuação com base nas diretrizes propostas e ações interdisciplinares, proporcione maior resolubilidade e integralidade da atenção (NASCIMENTO, 2014).

A implantação desse serviço propunha repensar a formação e as práticas de saúde utilizando ferramentas tecnológicas de trabalho como a clínica ampliada, o matriciamento, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Algumas atividades podem ser incluídas no seu processo de trabalho, como os atendimentos compartilhados, a troca de saberes, as intervenções específicas com usuários e/ou familiares, os grupos e as atividades coletivas, espaços de educação permanente, reuniões internas entre os profissionais do NASF, discussão de casos, intervenções no território, ações intersetoriais, entre outros (BRASIL, 2014). Deste modo, as ações devem ser planejadas com base nas necessidades de saúde

da população, levando em consideração as particularidades de cada território e em articulação com as equipes de referência.

Consideráveis mudanças tem ocorrido no âmbito do Governo Federal da APS, que incluem, o fim do Departamento de Atenção Básica e a criação de uma Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); a mudança do formato de avaliação de qualidade da APS, com base em indicadores e metas avaliadas via sistema de informação; a criação do Programa Previne Brasil; o corte e a mudança no modelo de repasses financeiros do governo federal aos municípios, incluindo o fim do custeio para equipes de NASF-AB cadastradas, deixando a critério dos gestores municipais a manutenção das equipes interprofissionais ou não (BRASIL, 2019).

O programa “Previne Brasil” instituído pela portaria 2.979, em novembro de 2019, substitui os critérios até então utilizados na Política de Atenção Básica (PAB) fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS. No lugar, foram introduzidos o número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde – ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica; o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde; e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

O programa introduziu instrumentos de gestão como capitação e avaliação de desempenho como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes num município. A abrangência dos serviços da APS também pode ser comprometida em função da nova política ter deixado de financiar equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja atuação tem sido descrita como de grande relevância para aumentar a capacidade resolutiva da APS, bem como apoiar a sua integração em redes de saúde (BRASIL, 2019).

A fim de esclarecer o posicionamento do governo federal diante das equipes NASF-AB, a Secretaria de APS pública em 2020 uma Nota Técnica, ratificando que a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O

gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe (BRASIL, 2020).

A Nota Técnica também revoga o credenciamento de novas equipes NASF-AB e anuncia o arquivamento das solicitações realizadas até a data da publicação, e que, a fim de alcançar os indicadores do Programa Previne Brasil, torna-se de competência da gestão municipal conhecer as necessidades de saúde de sua população e aplicar os recursos de financiamento da APS no custeio de equipes multiprofissionais, se considerar apropriado (BRASIL, 2020).

Para compreender os novos rumos do NASF-AB como política pública da APS, é de suma importância conhecer os marcos legais e as novas induções advindas do nível federal, para subsidiar as decisões dos gestores municipais. Além disso, verificar o impacto dessas modificações observando o número de equipes cadastradas em um cenário nacional, após as publicações de Portarias e Decretos, através da base de dados do CNES (BRASIL, 2020).

Apesar do verniz modernizador que cobre a nova política da APS, a adoção da capitação e a avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais parece servir mais a propósitos restritivos do que a qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS. Numa perspectiva de prolongada restrição orçamentária, que agravará o subfinanciamento público da saúde no Brasil, a nova política pode contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF. Trata-se, portanto, de um retrocesso que deve ser enfrentado pelo conjunto da sociedade brasileira (MASSUDA, 2020).

Devido mudanças no cenário da política brasileira, com a posse do presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva em 2023, no dia dois de janeiro, o Dia do Sanitarista, Nísia Trindade assume o ministério da saúde, um dia consagrado a todas e todos os trabalhadores que se dedicam à saúde coletiva, com foco na promoção da qualidade de

vida, esse bem maior e direito que temos que assegurar a todos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023)

“A integralidade na perspectiva das linhas de cuidado e redes de atenção, com reforço a capacidade resolutiva na Atenção Primária será um princípio orientador de nossa atuação. Para tanto são imprescindíveis a retomada e o fortalecimento da Política Nacional da Atenção Básica. Teremos aqui o desafio de ações emergenciais como o provimento de médicos, com a retomada do Programa Mais Médicos, ao fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família, a retomada do financiamento aos NASF, e olhar para as diferentes áreas que compõem a atenção básica, que representou um grande avanço para a saúde em nosso país”, discursa a nova ministra da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

A possibilidade de mudanças na gestão da saúde, renova a esperança de democracia e oportunidades a fim de melhorar a atenção primária e assistência à saúde da população brasileira.

É necessário refletir acerca do acesso e da oferta de serviços na rede de atenção à saúde, a valorização das ações e serviços, representadas pelo vínculo, acolhimento e humanização como elementos essenciais para a reformulação do espaço, processo de trabalho e das práticas de saúde em prol de um cuidado integral, efetivo e de qualidade a população na atenção primária.

A UBS que integrou esta pesquisa, é tradicional, concentrando o cuidado na figura do médico, como já relatado anteriormente o único que não concedeu a entrevista, além da equipe de enfermagem, oferecendo atendimentos individualizados na unidade de saúde com atuação no nível secundário, o que representa uma limitação quanto as ações no âmbito da APS, que visa como atributos essenciais à acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação e como atributos derivados, e não menos importantes, pois qualificam as ações implementadas na APS, estão a orientação familiar e orientação comunitária (STARFIELD, 2005).

Ainda sobre mudanças no cenário brasileiro, a Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 16 de dezembro de 2016, alterou o ato das disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, trata-se de uma limitação dos gastos públicos do governo por 20 anos, alcançando os três poderes, Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União (BRASIL, 2016).

As despesas e investimentos públicos estão limitados por um teto definido por gastos posteriores, com reajuste pela inflação no ano de 2016, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (BRASIL, 2016).

Com objetivo de controlar os gastos públicos, retomar a confiança da economia e permitir crescimento do país, a EC nº 95 condena os gastos sociais à estagnação, pois mesmo que o país continue crescendo, significa que o Estado não só deixará de atuar na redução da pobreza, como se transformará num poderoso instrumento de acumulação e concentração de riquezas, assim fortalecendo a privatização dos serviços públicos.

A Lei Complementar nº 141, sancionada em janeiro de 2012, define o que pode ser contabilizado como gasto na área da saúde e fixa percentuais mínimos de investimento por parte da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. De acordo com a Lei, a União deve investir na saúde o valor do ano anterior somado da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os investimentos dos Estados e do Distrito Federal deverão corresponder a 12% de sua receita e os Municípios, o percentual é de 15% (BRASIL, 2012).

Um estudo realizado em parceria pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Fiocruz e Ministério da Saúde no período de 2015 a 2019, demonstrou o perfil de gasto com saúde no Brasil segundo padrões adotados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com os dados, no mesmo período, o valor do gasto público com saúde aumentou de R\$ 231,5 bilhões para R\$ 290,4 bilhões, o que representou um crescimento nominal de 25,5%, o que corresponde a 3,9% do PIB (Produto Interno Bruto) brasileiro, que é a soma de todos os bens e serviços do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Conforme os dados do Ministério da Saúde sobre o crescimento dos gastos públicos no setor saúde e a limitação dos gastos e investimentos por duas décadas, aumenta a possibilidade da privatização dos setores públicos, estes considerados essenciais para a população, como o setor saúde, educação e assistência social.

A Constituição prevê o setor privado na área da saúde, mas de forma subordinada e complementar ao público, no entanto, existem grandes possibilidade de que o inverso ocorra pelos próximos anos. A atenção básica apresenta alto poder de resolutividade, sendo 80% dos problemas da saúde da população, visto as mudanças da EC nº 95 a médio

e longo prazo esse serviço será afetado, pois a limitação dos investimentos e gastos provavelmente irão aumentar o adoecimento devido a precarização de recursos na atenção primária, pois é o primeiro contato da população com a saúde pública.

Em razão da elevação extraordinária e imprevisível dos preços do petróleo, combustíveis e seus derivados e dos impactos sociais deles decorrentes, o país foi decretado estado de emergência nacional. A PEC Kamikaze aprovada pelo senado em segundo turno dia 13 de julho de 2022, prevê um auxílio com ampliação de R\$ 400 para R\$ 600 mensais, previsão e cadastro de 1,6 milhão de novas famílias no programa (custo estimado de R\$ 26 bilhões), além de auxílio gás, transporte gratuito para idosos, benefícios para caminhoneiros e taxistas, investimentos no programa Alimenta Brasil e subsídios para o custo do etanol. O valor total de aumento de despesas é calculado em R\$ 41,25 milhões aos cofres públicos, recurso que será contabilizado fora da regra do teto de gastos, que limita o crescimento das despesas do governo à inflação registrada no ano anterior (GLOBO; ESTADÃO, 2022). O impacto da aprovação da PEC Kamikaze é adicionar um custo para as contas públicas em 2022, rompendo o teto de gastos, definido em lei no ano de 2016. Com o rompimento do teto de gastos, as principais consequências da PEC Kamikaze na economia são a desancoragem das expectativas de inflação para 2023 e o aumento da taxa de juros estrutural da economia. A desancoragem significa que as expectativas do mercado para o aumento dos preços passam a caminhar em descompasso com as metas (âncora) estabelecidas pelo Conselho Monetário Nacional (CMN) e perseguidas pelo Banco Central (Bacen). Com essa desancoragem, os juros tendem a subir, uma vez que é o principal instrumento adotado pelo Banco Central para ancorar novamente as expectativas e com isso, há riscos fiscais importantes, como resultados deficitários, queda da bolsa e aumento, ainda maior, do dólar (REMESSA ONLINE, 2022).

O Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e Umane em outubro de 2022 revela queda de diversos programas identificados no orçamento do Ministério da Saúde na comparação entre os Projetos de Lei Orçamentária Anual (PLOA) de 2022 e 2023. Dentre os programas que sofreram mudanças orçamentarias, estão as políticas de Promoção à Saúde e Atenção a Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Programa Médicos pelo Brasil, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde, Alimentação e Nutrição para a Saúde, Educação e Formação em Saúde, Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional, Sistemas de Tecnologia de Informação e

Comunicação para a Saúde, Implantação e Funcionamento da Saúde Digital e Telessaúde no SUS, Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena e Estruturação de Unidades de Saúde e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para Atendimento à População Indígena, Atenção à Saúde de Populações Ribeirinhas e de Áreas Remotas da Região Amazônica, Atendimento à População para Prevenção, Controle e Tratamento de HIV/AIDS, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais Total, Implementação de Políticas para a Rede Cegonha e Implementação de Políticas para Rede de Atenção Materno Infantil (IEPS, 2022). Na comparação entre as dotações orçamentárias dos Projetos de Lei Orçamentário Anual (PLOA) da Saúde de 2023 e 2022, houve um aumento, em termos reais, de R\$ 8,37 bilhões, ou 5,41%. Este crescimento foi puxado pelo incremento de Reserva de Contingência na pasta que aumentou, em termos reais, 135%. O investimento, por sua vez, segue caminho inverso, com queda de 32%. Em relação às Subfunções, houve um aumento substancial na Atenção Básica e na Assistência Hospitalar e Ambulatorial, com ganhos, em termos reais, de R\$ 1,85 bilhão e R\$ 1,13 bilhão, ou 6,95% e 1,88%, respectivamente. Por outro lado, com exceção da Reserva de Contingência, as demais subfunções apresentam quedas significativas, com grande destaque para a Formação de Recursos Humanos; Assistência aos Povos Indígenas, com quedas, em termos reais, de R\$ 1,03 bilhão e R\$ 938 milhões, ou 57,6% e 60%, respectivamente (NOBRE, 2022). Contemplada na APS, o plano orçamentário de “Implementação de Políticas de Promoção à Saúde e Atenção a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)”, inserido na ação de “Implementação de Políticas da APS”, apresentou uma queda, em termos reais, de 19,7% ou em R\$ 3,8 milhões, no PLOA de 2023 quando comparado ao PLOA do ano anterior (NOBRE, 2022).

A atual ministra da saúde, Nísia Trindade declarou em seu discurso de posse “O maior problema da gestão no SUS é o subfinanciamento. Fortalecer o SUS com os recursos necessários, ações estruturantes, integralidade e cooperação interfederativa, com a recuperação do papel do Ministério da Saúde (MS) na coordenação do sistema e da política nacional de saúde, será a grande prioridade da gestão no MS. A curto prazo foi crucial a aprovação da Emenda Constitucional, PEC da transição, que garantirá, por um ano, os recursos para as ações imprescindíveis para a reconstrução das políticas públicas e recuperação do país. Em muitos países, após a grande tragédia da pandemia de covid-19, discutem-se Programas de Recuperação e Resiliência. Em todos eles, a saúde, a proteção social, a educação e a ciência e tecnologia ocupam papel central. Com o esforço

bem-sucedido junto ao Congresso, sob a liderança do Presidente Lula, garantimos os 22 bilhões indispensáveis às ações no campo da saúde, entre elas, a vacinação, Farmácia Popular, a redução das filas, o cuidado com a saúde mental, tão afetada no contexto da pandemia, o reforço a todos os níveis de atenção e ciclos de vida e todos programas de proteção social, como o bolsa família. A PEC deveria se denominar PEC da Recuperação e da Resiliência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

O diagnóstico realizado pelo GT transição é contundente, em síntese: o enfraquecimento da capacidade de coordenação nacional do SUS, pelo MS e a desarticulação de programas resultaram em uma resposta débil à pandemia com tristes indicadores: registrando-se no Brasil 11% dos óbitos, não obstante representemos 2,7% da população. Este cenário desolador vai além da pandemia, com a desestruturação de programas bem-sucedidos, a exemplo, do PNI, da estratégia de saúde da família e outras ações estruturantes na atenção básica, na Atenção Especializada, nas linhas de cuidado para todo o ciclo de vida, Programa Mais Médicos, Farmácia Popular, IST-AIDS, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde da População Negra, Saúde Indígena, Saúde da População com Deficiência; Saúde Bucal, Segurança Alimentar, entre tantos outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Na atenção primária as funcionárias da UBS, profissionais da EMEI adstrita ao serviço de saúde e as famílias das crianças relataram sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da criança, no desenvolvimento motor com ações em âmbito escolar. Martinello et al (2011) avaliaram o desenvolvimento motor e sua associação com fatores de risco de crianças matriculadas em creches públicas. Foram avaliadas 19 crianças entre um a dezoito meses de idade incompletos que se encontravam matriculadas nas duas creches públicas do município de Joaçaba-SC, sendo coletados dados gestacionais, neonatais, nutricionais, sociodemográficos e do desenvolvimento motor que foi avaliado por meio da Escala *Alberta* de Desenvolvimento Infantil (AIMS); como resultados foram encontradas onze crianças classificadas com desenvolvimento motor normal e oito consideradas com risco e provável atraso no seu desenvolvimento motor. Os autores concluíram que o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento motor é importante nas estratégias de promoção e prevenção de atrasos, pois a intervenção precoce tende a minimizar seus possíveis efeitos no desenvolvimento global da criança.

Silva et al (2015) verificaram a prevalência de alteração no desenvolvimento neuropsicomotor em lactentes inseridos nas creches públicas de João Pessoa-PB e

analisaram fatores associados ao desenvolvimento infantil. Participaram do estudo crianças entre seis e dezoito meses de vida inseridas nas creches, o qual foram avaliadas pelo Teste de Triagem de Denver II. A prevalência de alteração no desenvolvimento foi 52,7%, associou-se à alteração no desenvolvimento a criança ter mais que 12 meses de idade, o parto vaginal, a fototerapia e a creche não ter apoio da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados sugerem que o desenvolvimento infantil é o reflexo das condições familiares, bem como da assistência recebida pelos serviços de educação e saúde.

Felício et al (2012) avaliaram a qualidade de ambientes de creches públicas, caracterizaram o desenvolvimento global de crianças economicamente desfavorecidas, verificaram as relações entre a qualidade de ambientes educacionais e o desenvolvimento infantil de creches públicas em um município do Vale do Jequitinhonha. A qualidade dos ambientes de creches foi avaliada pela *Infant/Toddler Environment Rating Scale* e o desenvolvimento global das 44 crianças, de zero a 56 meses, pelo teste DENVER II. Como resultados os ambientes de creche apresentaram qualidade entre “inadequada” e “mínima”, em todas as creches foi encontrada porcentagem de crianças com atraso no desenvolvimento e metade das crianças apresentou falhas em itens relacionados à linguagem. A conclusão do estudo foi que os profissionais da saúde, em parceria com profissionais da educação, podem oferecer em creches um ambiente rico na promoção de estímulos para o desenvolvimento infantil.

Moreira et al (2010) realizaram uma avaliação fisioterapêutica visando verificar a presença ou não de atraso do desenvolvimento motor e encaminhamentos precoce para a estimulação motora das crianças dos centros municipais de educação infantil de Cascavel-PR. Foram avaliados 246 bebês através de visitas a todas as creches municipais, o qual percebeu-se que a incidência de atraso é significativa e que o papel do profissional da Fisioterapia é muito importante para conscientizar, orientar e treinar as monitoras de berçário para que estas possam contribuir para o desenvolvimento adequado da criança que está sob seus cuidados estimulando as aquisições motoras até um desenvolvimento pleno.

Os estudos supracitados reforçaram a atuação do fisioterapeuta na avaliação e identificação de risco de crianças com atraso no desenvolvimento motor, associando fatores de risco, qualidade do ambiente educacional, assistência dos serviços de saúde e educação, atuação do Fisioterapeuta nas escolas como agente educador em saúde

juntamente com os profissionais da educação e ações intersetoriais em creches públicas, visando promover saúde e prevenir atrasos no desenvolvimento global da criança corroborando com o relato dos entrevistados sobre as ações e atuação do Fisioterapeuta neste ciclo da vida no espaço escolar.

Os estudos relacionados a temática apresentam metodologia quantitativa, com aplicações de questionários, escalas e análises de avaliação quanto ao desempenho e marco motor, enquanto isso as pesquisas qualitativas são incipientes nos estudos que envolvem a saúde, fisioterapia e crianças. Silva et al (2018) realizaram um levantamento bibliográfico sobre os percursos metodológicos de pesquisa do setor saúde no campo qualitativo e relatam que a baixa produção de pesquisa qualitativa em saúde se dá pela escassez de financiamento, produtivismo, *salami science*, redução dos processos de formação de jovens pesquisadores, esgotamento de orientadores, entre outras.

As funcionárias da EMEI relataram sobre a atuação do Fisioterapeuta nas ações de educação em saúde, sobre orientações posturais e ergonômicas na saúde do trabalhador da educação. Dias (2019) identificou os principais riscos psicossociais relacionados à atividade de trabalho dos professores de Educação Especial de uma escola pública de ensino regular, para que se pudesse realizar a proposição de recomendações sob a perspectiva ergonômica para a promoção de saúde ocupacional. Foi realizado a pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo descritiva exploratória com 13 professores. A análise dos riscos psicossociais mostrou os pontos críticos que envolvem exigências cognitivas, emocionais e estresse, assim como os conflitos laborais e apoio de superiores, corroborando com os achados nas falas dos professores de educação especial. Assim, evidenciou-se a importância da intervenção ergonômica, através de programa com atividades individuais e coletivas, orientações e treinamentos dos professores que possibilitem melhorias e adaptações nas relações entre os educadores e o seu contexto laboral, visando medidas preventivas de suporte organizacional. No entanto, o autor não detalhou as ações realizadas mediante os riscos psicossociais relacionados ao trabalho dos professores.

Sato (2019) analisou os principais fatores de prevenção de doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores da área de educação e as condições do ambiente de trabalho em Piraí do Sul - PR, através de uma abordagem ergonômica como forma de contribuição na melhoria da qualidade de vida. A pesquisa do tipo descritivo-exploratória

com abordagem qualitativa e quantitativa através do método hipotético-dedutivo, procedimentos teóricos e um levantamento através de questionário. Identificou situações com as quais os professores se sentiam insatisfeitos e que se deparavam diariamente, o comportamento ao realizarem o trabalho proposto, adaptações que muitas vezes afetavam a sua saúde, mas que devem ser realizadas para que os objetivos fossem atingidos. Percebe-se a sua relevância na prevenção e direcionamento da prática pedagógica, o quanto que a ergonomia pode contribuir para a educação, a necessidade de ações pedagógicas, programas que tenham como objetivo auxiliar o docente trazendo benefícios e proporcionando um melhor desenvolvimento através da qualidade e eficiência no ambiente de trabalho.

Branco et al (2012) verificou a prevalência de sintomas osteomusculares e as condições ergonômicas de professores do ensino fundamental da cidade de Pelotas-RS, por dois meses em 2009. Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, de caráter transversal e a amostra foi composta por 320 professores de seis escolas. Como resultados, 89,7% professores referiram algum sintoma nos últimos 12 meses, sendo as áreas mais acometidas foram, ombro 61,6%, coluna torácica 60,2% e coluna cervical 56,7%. Observou-se que a condição ergonômica do local de trabalho é considerada ruim pelos professores. Os autores concluíram a alta prevalência de sintomas osteomusculares nos professores, cujas condições ergonômicas durante o trabalho são insatisfatórias, destacando-se a coluna vertebral como o segmento corporal mais afetado.

Bezerra et al (2018) realizaram um relato de caso, sob a perspectiva ergonômica, de experiência obtida em relação à atividade da troca de fraldas de crianças na faixa etária entre zero e três anos, em quatro Centros de Educação Infantil, vinculados à Prefeitura Municipal de São Paulo e administrados por uma organização não governamental, nos anos de 2014 e 2015, procurando promover o bem-estar e beneficiar o desempenho das atividades exercidas por professoras de educação infantil. Foi realizado o método de observação e intervenção no processo de trabalho, com o acompanhamento de enfermeiro do trabalho e demais profissionais das áreas de Saúde e Segurança do Trabalho. Foram realizados encontros e análise ergonômica no posto de trabalho dos professores estudados e a equipe multiprofissional de saúde e segurança do trabalho realizou a implantação de uma escala com rodízios, auxiliando os profissionais na condução da criança até o

trocador de fraldas, evitando a distensão da região lombar. Concluíram que essa ação indicou redução do absenteísmo do trabalho por queixas relacionadas a dor lombar.

Os estudos supracitados avaliaram queixas osteomusculares e psicossociais de professores do ensino da rede pública infantil e fundamental, relacionando as condições ergonômicas, como posto, ambiente e organização de trabalho, sendo observados queixas de desconforto físico, sobrecarga cognitiva, emocional e insatisfação ocupacional. A Norma regulamentadora de Ergonomia (NR-17, 2007) visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente, com isso é fundamental ações de intervenção ergonômica, através de orientações e recomendações que possibilitem melhorias e adaptações nas relações entre os professores o seu ambiente de trabalho, para assim garantir condições favoráveis de trabalho assim corroborando com o relato dos funcionários sobre ações de educação em à saúde, sobre orientações posturais e ergonômicas.

Quais ações o Fisioterapeuta realiza na APS?

As entrevistadas da UBS relataram sobre a atuação do Fisioterapeuta na APS como profissional com ações no nível terciário, no tratamento e reabilitação dos indivíduos, com sequelas físicas e motoras.

“[...] Na reabilitação da pessoa, sei lá, que não consegue ou que nasceu com a deficiência ou que precisa voltar do pós-operatório [...]” (ID 1).

“Fisioterapia, para por exemplo uma sequela de um AVC, movimentos que tipo ajudam, estimulam aquele paciente a voltar ao movimento, desde que seja tanto no andar, no caminhar daquele paciente quanto nos movimentos dos membros superiores, né, em mãos, braços [...]” (ID 7).

“[...] Mas assim aqui por exemplo, nessa UBS acho que seria importante para tratar lesão mesmo, tratar dores, posturas, mas infelizmente a gente não tem, né” (ID 10).

Sendo o profissional que oferta atendimentos na saúde da criança e na saúde da idoso.

“(pausa) É que pra mim quando eu peço, peço para fazer fisioterapia motora, entendeu, desenvolvimento, uma criança com atraso de desenvolvimento,

uma respiratória, no caso de uma criança que está com uma pneumonia” (ID 8).

“Por exemplo, se tivesse uma fisioterapeuta aqui na unidade, por exemplo, poderia auxiliar muito os pacientes idosos né (ID 4).

Realização de visitas e atendimentos domiciliares aqueles pacientes que não conseguem se locomover até uma unidade de saúde.

“Assim muitos deles vem com (pausa), diz que tem dores e as vezes as dores é assim por má postura, é sim deve ter alguns tem problemas no joelho, alguma coisa, precisa de uma reabilitação e às vezes o paciente ir até uma clínica ou ir até um outro lugar, pra ele é mais difícil, as vezes é mais fácil o fisioterapeuta talvez ir na casa da pessoa para fazer a reabilitação [...]. Isso, por que por exemplo, é que nós da UBS não fazemos visita domiciliar, mas os PSF’s fazem visita, então por exemplo assim as vezes tem pacientes que estão acamados e as vezes esses pacientes precisam de Fisioterapia ... aí é bem-vindo um Fisioterapeuta no PSF” (ID 4).

Uma entrevistada relacionou o Fisioterapeuta com um profissional do movimento, que utiliza desse recurso “movimento” para realizar os atendimentos com os pacientes.

[...] Acho que a melhor ação do fisioterapeuta é o movimento. Acho que define tudo. Ação do fisioterapeuta em qualquer lugar eu acho que movimento, qualquer engrenagem parada ela vai enferrujar ela vai doer, ela vai estagnar. E desde que tenha uma articulação ali não é para doer (ID 5).

Algumas entrevistadas, dentre eles uma fisioterapeuta relatou a atuação do Fisioterapeuta na prevenção de agravos à saúde, busca ativa de pacientes, investigação epidemiológica.

“Bom, acho que pensando em até em vigilância, em rastreio, aí de doenças, né. Acho que por exemplo, o fisioterapeuta pode atuar fazendo busca ativa né, de transtornos de coluna [...]. Na redução de danos, das doenças, das complicações que as doenças podem ocasionar” (ID 3).

“É tipo evitar. Eles orientam as pessoas para evitar não precisar de fisioterapia. Eu acho que pra atenção primária é bom a orientação dos profissionais, ajudam as pessoas a evitar problemas na atenção primária” (ID 6).

Com ações de educação em saúde, sobre postura, prevenção de acidentes e doenças contagiosas.

“[...] Eu acho que a orientação é muito importante, não só na Fisioterapia, pra todo mundo. Fazer uma reunião, tipo com os jovens e alertar sobre os perigos de andar em velocidade, de prestar a atenção nas ruas, essas coisas, é bom orientar né para evitar acidentes, prevenção de acidentes, vamos colocar assim, era bom que os profissionais orientassem sobre isso. [...] Eu acho que é bom falar também de algumas doenças que as pessoas podem pegar, eu acho que é bom também porque tem doenças que as pessoas podem ficar paralítico, que a pessoa pode perder os movimentos, é bom orientar, tem gente que não tem esse conhecimento, aí precisa de Fisioterapia. Postura eu também acho que é bom, por causa que eu tenho dor nas costas já, aí eu tenho que melhorar a minha postura [...]” (ID 6).

Foram relatados sobre as dificuldades nos encaminhamentos intrasetoriais (referência/contrarreferência) em rede.

“A gente tem assim, não aqui dentro, mas quando vem os pedidos de fisioterapia a gente tem onde encaminhar, mas depois o paciente ou volta para mais sessões ou ele não volta mais ou volta para falar que melhorou, alguns, né” (ID 10).

“Tem o médico, o pneumologista, mas ele não consegue encaminhar para a fisioterapia” (ID 11).

Algumas entrevistadas, em torno de 36,36% (f: 4) desconhecem presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta na APS.

“Olha eu nunca parei para pensar que o Fisioterapeuta atua na unidade básica de saúde” (ID 4).

“[...] eu nunca vi (risos), não vou saber falar, nunca vi fazendo na ação primária, porque aqui só passaram psicólogos e estagiários de enfermagem” (ID 9).

“Então, a gente não tem, né. Eu nunca tive, em todo esse tempo que eu trabalho na atenção primária, eu nunca tive” (ID 10).

Em síntese, as entrevistadas da UBS relataram sobre o Fisioterapeuta na atenção primária a saúde como profissional com atuação no tratamento e reabilitação dos indivíduos, com sequelas físicas e motoras, na saúde da criança e na saúde da idoso, realizando visitas e atendimentos domiciliares. Relataram sobre ser um profissional do movimento, que utiliza desse recurso “movimento” para realizar os atendimentos com os pacientes, com atuação na prevenção de agravos à saúde, busca ativa de pacientes e investigação epidemiológica. Ações de educação em saúde, sobre postura, prevenção de acidentes, doenças contagiosas e sobre as dificuldades nos encaminhamentos intrasetoriais. Algumas entrevistadas desconhecem a atuação do Fisioterapeuta na APS.

Algumas entrevistadas da EMEI disseram sobre a realização de avaliação física dos pacientes na APS.

“É, na primária vai ser avaliação do tônus (pausa) não sei se seria isso (pausa) na primária né. Eu vejo assim primeiro isso a parte do tônus” (ID 2).

“Eu acredito que ele procura ver se o corpo na parte física está funcionando tudo certinho, atenção principalmente pra criança quando começa né, se está andando corretamente, se está engatinhando, se está correndo, se não está lutando e batendo muito nas coisas (risos), equilíbrio, sei lá acho que nessa parte, o conjunto do corpo” (ID 6).

“Ele dá uma atenção (pausa) pra saber qual é o problema do paciente, pra ele poder ter a solução e ver qual é o melhor fisioterapia a ser dada aquele paciente, porque não adianta o fisioterapeuta não conversar com a pessoa, senão sabe o que a pessoa tem naquele momento” (ID 7).

As entrevistadas relataram o Fisioterapeuta como profissional que atua no nível terciário, com ações de reabilitação e atendimentos de baixa complexidade.

“Ah, ele ajuda na reabilitação, né” (ID 12).

“Ah sim (pausa) eu acredito que se tem atendimento, eu não sabia que tem, eu acredito que é mais na parte de um atendimento que não seja tão grave no ponto de ser em hospital para ser atendido (pausa). Que consiga mesmo ser um atendimento menos grave, que dá para ser atendido no bairro mais próximo né” (ID 15).

“Mais voltado para atividades físicas, o uso de aparelhos [...] porque no PSF, a gente vê com os aparelhos, o ultrassom, faz aquela massagem com as mãos [...]” (ID 24).

As entrevistadas relacionaram o Fisioterapeuta com um profissional do movimento, que utiliza desse recurso “movimento” para realizar os atendimentos.

“Ações, assim exercícios né” (ID 8).

“Ações, eu posso falar que trabalha com a coordenação motora, com a agilidade, com a flexibilidade [...] Com fortalecimento muscular, resistência também, acho que seria mais ou menos isso” (ID 33).

Algumas entrevistadas argumentaram sobre a atuação do Fisioterapeuta na prevenção primária e secundária de agravos à saúde.

“Quando a pessoa está doente ele tenta ajudar a pessoa, ele faz o preventivo não é? O fisioterapeuta não faz isso [...] Quando a pessoa está com problema de coluna, fazer um preventivo para não dar mais aquela crise” (ID 20).

“Preventivo. Não sei se estou certa, mas assim, por exemplo, começa com uma dorzinha nas costas, primeira coisa que a gente faz antes de ter assim, que o médico passa é uma fisioterapia pra você ter uma melhora sem a necessidade de uma cirurgia” (ID 21).

“Na atenção primária é ele prever e assim ensinar posturas que vão prevenir o aparecimento de doenças, na prevenção de doenças” (ID 25).

Algumas entrevistadas relacionaram a APS com nível primário da educação.

“Primária (pausa), primária, no desenvolvimento de uma criança, vocês também né, quando uma criança alguma...” (ID 13).

“[...] na avaliação das crianças por exemplo, ele avaliava como estava a coordenação motora fina, como estava o pezinho, crianças que anda de ponta de pé, sabe esse tipo de coisa que ele aplicava aqui na escola (pausa) e quando sofre acidente, alguma coisa assim que lesiona alguma coisa é o Fisioterapeuta também né” (ID 27).

Algumas entrevistadas, em torno de 30,3% (f: 10) desconhecem os serviços da APS e atuação do Fisioterapeuta nestes espaços.

“Hoje, só no hospital quando eu não sei nem se tem, a criança nasce e você é avaliada pelo fisioterapeuta? Geralmente é pediatra, mas se tem alguma coisinha nem sempre passa pelo fisioterapeuta, né, uma necessidade. É hospital” (ID 4).

“Não sei (interrupção). Não sei te responder e não entendi muito bem para responder” (ID 9).

As entrevistadas da EMEI de maneira geral comentaram sobre a atuação do Fisioterapeuta na APS realizando avaliação física e reabilitação com atendimentos de baixa complexidade, se apropriando como recurso o movimento, com atuação na prevenção primária e secundária de agravos à saúde. Relacionaram a APS com nível primário da educação. Algumas entrevistadas desconhecem os serviços da APS e atuação do Fisioterapeuta nestes espaços.

As famílias relataram sobre o Fisioterapeuta realizar avaliações com os pacientes na APS.

“Acho que de primeiro momento uma análise, se for um atendimento, faz uma análise para posteriormente passar para o médico a situação de como está, uma avaliação” (ID 11).

“É começar a conversar com a pessoa primeiro, para saber o que ela sente, o que dói, o que acontece, é conversar com o paciente primeiro, né. Primeiro uma conversa, eu acho que é assim. Porque ele não vai colocando a mão na pessoa sem conversar, sem saber, eu acho assim, ele quer saber o fundamento, né” (ID 13).

Atuação no nível terciário, com ações de recuperação de saúde e atendimentos aos pacientes.

“Ah, eu acredito que, a gente pode entrar com [Incompreensível 00:09:43] tipo inalação, essas coisas, geralmente usa muito em UBS, né, quando crianças ficam ruim [...] Isso, também a fisioterapia né, recuperação de pós-covid” (ID 1).

“Atender as pessoas mais necessitadas” (ID 5).

“Seria o atendimento mesmo aos pacientes” (ID 16)

Alguns argumentaram sobre atuação na prevenção de agravos à saúde e promoção da saúde.

“Na prevenção, na promoção de saúde, acho que é isso mesmo, promover saúde” (ID 3).

“Seria a prática de reabilitação e prevenção, acredito” (ID 8).

Ações de educação em saúde sobre desenvolvimento motor das crianças com os pais.

“Nossa, e agora... Acho que educativa, educar os pais, por exemplo precisa ir em algum lugar pra fazer o acompanhamento desde a primeira consulta por exemplo com o pediatra lá no postinho, a fisioterapeuta já estar junto para dar orientações de desenvolvimento, né, e... aí, vocês fazem tanta coisa, eu não sei [...] Sim. Sabe quando assim, pegar, quando a mãe vai nas consultas, pegar aquele pessoal que fica tudo lá na frente pra fazer um acompanhamento, uma conscientização” (ID 3).

Alguns entrevistados, em torno de 44,44% (f: 8) desconhecem a presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta na APS.

“Não sei o que dizer ao exato” (ID 6).

“Não sei” (ID 7).

“Eu não sei nem se tem, tem? Não sei” (ID 15).

As famílias entrevistadas relataram que o Fisioterapeuta realiza avaliações, atendimentos, recuperação, prevenção de agravos à saúde e promoção da saúde com os pacientes da APS. Ações de educação em saúde sobre desenvolvimento motor das crianças com os pais e alguns entrevistados desconhecem a presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta na APS.

As diretrizes do SUS propõem um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e a promoção da saúde. Corroborando com esta disposição a Organização Mundial da Saúde (OMS), se preocupando não só com a saúde individual e coletiva, mas visualizando a questão do bem-estar completo e complexo, aponta para uma maior

promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, priorizando a qualidade de vida da população e o direito à saúde de uma forma completa (NAVES, 2011).

É patente que os fisioterapeutas têm uma formação clínica generalista consistente, o que os habilita a atuar no atendimento de diversas áreas da saúde e nos diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Estes profissionais estão habilitados a intervir na prevenção de doenças, tratamentos, na referência e contrarreferência e na educação e promoção à saúde, sendo esta última a base prioritária em saúde pública. Mediante estes argumentos, facilmente pode-se perceber que a presença do fisioterapeuta nos programas de atenção primária é de suma importância, sendo que o próprio Ministério da Saúde, segue nesta mesma ideologia, e é categórico ao afirmar que a saúde funcional é primordial em nível da APS (NAVES, 2011; DELIBERADO, 2002).

A Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021, foi um avanço, pois inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na Estratégia de Saúde da Família, sendo a cargo do gestor do SUS de cada esfera de governo definir a forma de inserção e de participação dos profissionais especificados na estratégia de saúde da família, de acordo com as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

As funcionárias da UBS, EMEI e as famílias dos alunos da EMEI relataram que o Fisioterapeuta realiza avaliação, recuperação, prevenção e promoção da saúde com os pacientes/usuários da APS em diferentes ciclos da vida. Langoni et al (2012) descreveram os efeitos em indicadores clínicos de atendimentos fisioterapêuticos individuais semanais em cinco unidades da APS em Porto Alegre. Foram analisados 59 prontuários de pacientes em tratamento durante 13 meses por duas fisioterapeutas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica. Como resultados, predominaram mulheres (81,4%), adultas (62%), que não conviviam maritalmente (62,7%), trabalhadoras domésticas (35,6%) com alterações osteomusculares e do tecido conjuntivo (86,4%). Trinta e dois usuários utilizavam medicamentos no início da intervenção e, ao final, apenas cinco. Após o tratamento, a quantidade de medicamento administrado também reduziu significativamente. O escore da Escala Análogo Visual (dor ou dispneia) reduziu significativamente ao final de uma média de $7,7 \pm 3,2$ sessões. Aqueles usuários que relataram ter seguido as orientações domiciliares que foram dadas durante os atendimentos individuais apresentaram uma chance 8,3 vezes maior de ter alta. Como

conclusão os atendimentos fisioterapêuticos semanais realizados em unidades de Atenção Primária reduziram os sintomas, o uso e a quantidade de medicamentos ingeridos pelos usuários tratados e tiveram maior sucesso naqueles que seguiram as orientações dadas pelas fisioterapeutas residentes.

Dibai et al (2012) analisaram a atuação de oito fisioterapeutas do NASF com indivíduos senescentes residentes no município de Arapiraca. O estudo caracterizado como descritivo e qualitativo foi realizado em outubro de 2010 com aplicação de um questionário para caracterização da amostra e atuação com idosos na APS. Como resultados, no que diz respeito à caracterização da amostra, verificou-se profissionais de ambos os sexos, com idade média de $27,71 \pm 1,97$ anos, em relação às variáveis de cunho acadêmico, o tempo médio de graduado dos voluntários se estabeleceu em $41,57 \pm 11,67$ meses, sendo as oito graduações concluídas os profissionais em cursos do estado de Alagoas, quanto à titulação, sete fisioterapeutas possuíam especialização e uma, mestrado profissional. O discurso, nas entrevistas com os profissionais, considerou regular e positivo o cuidado ao idoso na ESF e no NASF. Os autores concluíram que os fisioterapeutas do NASF do município de Arapiraca desenvolvem suas ações na população senescente com ênfase em medidas educativas, preventivas e promotoras de saúde, realizando trabalhos em grupo, interação social, palestras, assistência domiciliar, referência e contrarreferência. No entanto, apresenta alguns entraves para sua inserção, especialmente no que concerne à prática da interdisciplinaridade, distanciando-se do conceito de apoio matricial.

Freitas et al (2017) relataram a experiência da atuação do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família de um município da região central do Rio Grande do Sul pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O plano de ação do residente resultou no período de 11 meses com ações de campo, em atividades como acolhimento, visita domiciliar, interconsultas, discussão de casos, grupos de saúde (grupo de Hipertensão e Diabetes, grupo de caminhada e puericultura com orientações de hábitos de vida saudável), construção de planos terapêuticos singulares, participação nas reuniões da equipe de saúde, participação no Conselho Municipal de Saúde e Conselho Local de Saúde da região Oeste do município de Santa Maria. O fisioterapeuta também desenvolveu ações de Núcleo profissional, por meio de consulta fisioterapêutica, avaliar o usuário, elaborar o diagnóstico cinesiológico funcional, realizar o plano de tratamento, intervir e monitorar a

sua eficácia e resolubilidade, assim como as condições de alta do usuário submetido às práticas fisioterapêuticas, modificando-os quando necessário e encaminhando os usuários ao atendimento mais especializado quando necessário, estabelecendo elo com a rede de atenção em saúde do município. Através do Programa de Residência Multiprofissional foi possível a inserção efetiva em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que se buscou-se a integração do fisioterapeuta com os demais profissionais com intuito de atender as necessidades da população de forma integral e equitativa. Deste modo, a Fisioterapia vem a acrescentar na atenção à saúde básica dos usuários da área de abrangência da ESF e este trabalho pode evidenciar a importância da inserção do fisioterapeuta como agente multiplicador de saúde, atuando em interação com uma equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar através da vivência prática no campo e núcleo profissional.

Os autores supracitados corroboram com o relatos dos entrevistados, pois demonstram a atuação do Fisioterapeuta na APS, pela Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família, desenvolvendo avaliação, identificação das condições de saúde da população, reabilitação e recuperação de saúde tanto na unidade de saúde, como em visitas/atendimentos domiciliares, atividade em grupo, encaminhamentos aos serviços especializados, ações de educação em saúde, prevenção de agravos à saúde e promoção de saúde, visando contribuir para a qualidade de vida da população de abrangência, com maior resolutividade que busca a integralidade da assistência à saúde, elucidando a atuação desse profissional que tem como pressuposto o olhar sobre a saúde funcional em todos os aspectos da vida.

É necessário o olhar do profissional fisioterapeuta da APS, este que identifica a complexidade do caso e a pertinência do cuidado na atenção básica ou a necessidade de maiores recursos disponíveis nos outros níveis de atenção à saúde (FREITAS et al, 2017).

As funcionárias da UBS e as famílias dos alunos mencionaram a atuação do Fisioterapeuta nas ações de educação em saúde a população nos serviços da APS. Freire (2020) analisou a atuação do fisioterapeuta no NASF no município de Lucena. A pesquisa de campo cuja coleta de dados foi feita pela aplicação de dois questionários por cinco fisioterapeutas que atuavam no NASF por no mínimo seis meses. Como resultados foi identificado que 100% dos profissionais cumprem a carga horária exigida pelos profissionais do NASF e que 60% desenvolvem todas as atividades cabidas ao

fisioterapeuta, como atendimento domiciliar, atendimento ambulatorial na unidade mista de saúde e atividades educativas em saúde promovidas nos equipamentos sociais do território (UBS e escolas públicas). O autor concluiu que os fisioterapeutas que atuam no NASF têm desenvolvido ações de saúde que podem contribuir para transformar a prática profissional ampliando suas competências e habilidades na atuação interdisciplinar e desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde nos territórios.

Barbosa (2019) relatou a experiência na construção de um diagnóstico situacional de saúde na cidade de Teresópolis, em uma comunidade sob cobertura de uma Unidade Básica de Saúde da Família pelos docentes e discentes do curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso). O mapeamento permitiu identificar a necessidade da população, corroborando para o planejamento eficaz das ações em saúde, passo fundamental na atenção básica, visto pela coordenação dos fluxos assistenciais da saúde, que se baseiam nas demandas e necessidades da população. No entanto, essa ferramenta mostrou à equipe não apenas a realidade da comunidade em que atua, mas sinalizou também que as decisões da equipe, assim como a implementação de ações de educação em saúde, são suficientes para a população. Concluiu que a construção da avaliação constante da equipe e a reflexão sobre o cotidiano do serviço, fazendo-se uma ferramenta indispensável para as ações de planejamento em saúde nesse nível de atenção.

Freire (2020) e Barbosa (2019) evidenciaram a atuação do Fisioterapeuta nos serviços da APS com diversas abordagens, dentre elas as ações de educação em saúde, como processo transformador para aquisição de conhecimento e reflexão para a população a fim de promover mudanças de hábitos de vida.

Como apresentando anteriormente as funcionárias da UBS e da EMEI reconheceram o Fisioterapeuta como profissional do movimento, o qual utiliza desse recurso para realizar os atendimentos e ações com a população, o que reforça o conhecimento da população neste aspecto. Entendendo o movimento como algo que tem a capacidade de provocar modificações nas funções orgânicas, tanto no corpo físico que promovem deslocamentos de partes e unidades do corpo dentro de um espaço, como no corpo mental, tendo benefícios psicológicos, assim posso subentender que o Fisioterapeuta pode promover mudanças no corpo físico, influenciando no bem-estar e qualidade de vida, modificando a realidade de vida dos indivíduos.

Vorkapic-Ferreira et al (2017) discutiram sobre os efeitos positivos do exercício físico como uma poderosa estratégia terapêutica em saúde mental. Seja através de efeitos diretos no sistema nervoso central como a proliferação de novos neurônios, o aumento de fatores neurotróficos, gliogênese, sinaptogênese e regulação de sistemas de neurotransmissão e neuromodulação ou à partir de efeitos indiretos como a redução da inflamação sistêmica, reduzir o declínio de massa cinzenta associado à idade e melhorar as funções cognitivas. Além disso, o exercício tem se mostrado uma ferramenta altamente eficaz no tratamento de transtornos mentais como depressão, ansiedade e doenças neurodegenerativas.

Em 2020, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, elaborou o Guia de Atividade Física para a População Brasileira. O objetivo foi apresentar os métodos utilizados, bem como os resultados do Guia de Atividade Física para a População Brasileira para adultos de 18 a 59 anos de idade. A base para construção do Guia se deu a partir de quatro perguntas norteadoras: O quê, quando, por que e como praticar atividade física (AF)? Para responder essas questões, duas estratégias principais foram adotadas: revisão das evidências científicas e a “escuta” de diferentes grupos estratégicos. Dentre os benefícios identificados, destaca-se a redução de mortalidade por doenças crônicas, melhoria na saúde mental, nos aspectos sociais e emocionais. Além disso, as recomendações não ficaram restritas aos desfechos supracitados, buscou-se considerar as especificidades e singularidades da população adulta nas diferentes regiões do Brasil, destacando que a AF está envolvida em movimentos populares, sociais e culturais (RITTI-DIAS et al, 2021).

Algumas entrevistadas da UBS, EMEI e famílias dos alunos relataram desconhecer a atuação do Fisioterapeuta na APS. Ribeiro et al (2015) realizaram um estudo com objetivo de identificar a inclusão do fisioterapeuta na APS e a visão dos gestores em saúde do papel e da inserção deste profissional junto à equipe de saúde. Foi realizado um estudo qualitativo com secretários de saúde de 22 municípios do Rio Grande do Sul, em um período de 13 meses. Como resultados verificaram que existem na região 45 fisioterapeutas inseridos na AB, destes apenas um na Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dois em Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), 13 gestores mencionaram o fisioterapeuta como sendo o profissional apenas da reabilitação, outros ainda afirmaram que ele tem formação de nível técnico, não reconhecendo profissão de nível superior. Nos municípios que possuem o profissional inserido na ESF/NASF os gestores o identificaram como um importante integrante para complementação da equipe, no entanto, dentre as

dificuldades para inserção deste profissional na APS, a falta de recurso financeiro para contratação foi o fator mais referenciado.

Rodes et al (2017) buscaram estimar a tendência da distribuição de recursos humanos de reabilitação na Rede de Atenção à Saúde no período de 2007-2015, especificamente na APS e conhecer a prática de clínica ampliada, projeto terapêutico singular e apoio matricial, sendo realizadas entrevistas com 12 profissionais do município de São Paulo. Como resultados obtiveram nos serviços de média complexidade a maior concentração de profissionais da saúde (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta), exceto em hospitais na cidade de São Paulo. Houve crescimento dos três profissionais na assistência, com ênfase para os fisioterapeutas em hospital de São Paulo, em relação ao estado (0,73%) e cidade (0,95%). Na APS, o crescimento maior foi do terapeuta ocupacional em São Paulo-cidade e do fisioterapeuta no Brasil. Para o apoio matricial, clínica ampliada e projeto terapêutico singular, além da dificuldade do fazer, destacaram-se, respectivamente, ideias de “pluralidade de concepções”, “visão biopsicossocial” e “possibilidade de adaptação” do cuidado. Embora crescente, a disponibilidade de profissionais é baixa e desigual, concentrada na especialidade e enfatizando ampliação de fisioterapeutas no hospital e terapeutas ocupacionais na APS.

Ferretti et al (2015) realizaram uma pesquisa qualitativa com uma população de 60 usuários de um centro de saúde da família de um município do oeste catarinense. Quanto ao conhecimento dos usuários sobre o fisioterapeuta pode-se observar que os usuários percebem esse profissional como aquele que atua na reabilitação e quanto à necessidade de inserção do fisioterapeuta na equipe da ESF, os usuários destacaram ser importante para facilitar o acesso aos serviços de fisioterapia e para a ampliação da integralidade do cuidado ao usuário.

Braghini et al (2016) avaliaram as percepções da equipe, coordenadores dos Centros de Saúde da Família (CSF) de referência e NASF sobre a atuação do fisioterapeuta nos núcleos. Identificaram que a atuação do fisioterapeuta no NASF consiste em ações de educação em saúde e prevenção de enfermidades, organização do fluxo e manejo dos usuários com demanda por reabilitação, prevenção e tratamento de doenças ocupacionais e desenvolvimento de práticas integrativas e complementares. Também foi destacada a existência de entraves no processo de trabalho dos fisioterapeutas no NASF como o planejamento desarticulado da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a priorização da

atuação em reabilitação da saúde. Evidencia-se que o fisioterapeuta no NASF possui um papel importante junto as equipes de saúde no que se refere a atenção às demandas e necessidades do município, no entanto, ficou evidente a necessidade de se consolidar o apoio matricial e o planejamento coletivo das ações.

Os autores supracitados discutem as dificuldades na inserção e atuação do fisioterapeuta nos serviços da APS, como NASF, ESF, pela visão dos gestores e usuários dos serviços, pois de maneira geral os estudos demonstraram que o profissional está associado ao nível terciário, voltado para a reabilitação, com atuação em serviços de média e alta complexidade.

O estudo de Ribeiro (2015), Ferreti (2015) e Braghini (2016) demonstraram que existe uma compreensão restrita por parte dos gestores em saúde, profissionais da saúde e coordenadores sobre a atuação do profissional na APS, sobretudo pela maioria que não tem este profissional inserido nas equipes de saúde da família. Esses achados corroboram com o desconhecimento dos entrevistados sobre a atuação do Fisioterapeuta na APS, pois os profissionais da saúde, educação e famílias, que provavelmente são usuários dos serviços públicos de saúde e que não relataram quais as ações são realizadas, visto a dificuldades apontadas pelos autores consultados.

Algumas funcionárias da UBS argumentaram sobre dificuldade no encaminhamento intrasetorial. Gazignato et al (2014) tiveram como objetivo discutir a perspectiva de enfermeiros e agentes comunitários de saúde de Unidades de Saúde da Família do município do Guarujá acerca da atuação na área da saúde mental no contexto do trabalho em rede e do matriciamento. Como resultados denotam que há dificuldades em se desenvolver um trabalho em rede, sendo que o matriciamento desponta como uma importante estratégia, que, apesar de recente no município, tem contribuído para promover a reflexão e responsabilização dos casos de saúde mental da atenção básica.

Peduzzi et al (2018) apresentaram os conceitos atuais de trabalho interprofissional, problematizando-os no contexto da APS. Concluíram que o trabalho em equipe e prática colaborativa na APS precisam ser abordados de forma contingencial, ou seja, segundo características dos usuários/população adscrita, o contexto e condições de trabalho. Analisaram que a colaboração envolve profissionais que querem trabalhar juntos para

prover melhor atenção à saúde, como a colaboração na equipe em rede intersetorial e com a comunidade.

Galavote (2016) avaliou os limites e as potencialidades da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, a partir do discurso dos gestores formais, ocupantes de cargos de autodireção na gestão municipal da saúde. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa com, onde foram entrevistados 72 gestores de 36 municípios do estado do Espírito Santo. Os resultados apontaram limites à constituição da gestão do trabalho nos municípios, com destaque para a interferência política, baixa provisão de profissionais médicos, inoperância das redes de atenção à saúde e o controle financeiro e orçamentário no bojo da macropolítica. Dentre as potencialidades, são citados o vínculo trabalhador-usuário, a gestão compartilhada, o controle de metas e resultados e o Programa Mais Médicos.

Os estudos citados sobre trabalho em rede corroboram com os achados nos discursos de algumas entrevistadas do setor saúde, frente as dificuldades das ações intrasetoriais, pois está envolto de diversos fatores que influenciam o trabalho, sendo necessária a adoção de medidas com a finalidade de desenvolver a integralidade dos serviços da atenção primária e atenção especializada. A atuação interprofissional no trabalho em rede deve visar em seu cotidiano o debate acerca das possibilidades e dos limites que envolvem a construção do cuidado integrado e articulado dos serviços, de modo a promover qualidade de vida e resgatar o direito à saúde dos pacientes.

A UBS que participou do nosso estudo é composta por uma equipe de enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, médico e agente comunitário de saúde, apresentando baixa diversidade de profissionais, o que impacta negativamente quanto as ações territoriais, com alta probabilidade de dificuldades de comunicação, falta de integração da equipe na APS, resistência profissional com ênfase no desenvolvimento de práticas uniprofissionais e biomédico-centradas, bem como escassez de educação continuada e educação permanente.

O matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. É considerada uma estratégia de aproximação dos pontos de atenção envolvidos no cuidado integral ao usuário, visando a corresponsabilização das

equipes e fortalecimento do vínculo do usuário com a APS. É necessário monitoramento, para que o processo não seja desvirtuado para um ambulatório itinerante de especialidade (BRASIL, 2011).

O estudo de Gazignato (2014) aponta o matriciamento como importante estratégia a fim de contribuir para o trabalho em rede, tendo como objetivo o acompanhamento das ações na APS, como a discussão de casos, os atendimentos conjuntos, intervenções territoriais, ações intersetoriais, dentre outros, sendo uma potente ferramenta de fortalecimento das ações em rede na saúde.

O discurso das entrevistadas da saúde corrobora com os estudos supracitados, sobre as dificuldades do trabalho em equipe e colaborativo, troca de experiências entre as diferentes profissões, desenvolvimento de habilidades de liderança, bem como maior aproximação e vínculo com a comunidade, visando o atendimento integral de acordo com as necessidades territoriais.

Esses achados corroboram com impactos negativos das equipes multiprofissionais pelo Programa Previne Brasil, devido à perda de um modelo de atuação interdisciplinar, construção de projeto terapêutico, atendimentos compartilhados, ações educativas, atuações territoriais e intersetoriais, com aumento das vulnerabilidades populacionais, desigualdades regionais e alta demanda de encaminhamentos aos serviços secundários.

Quais ações gostaria que o Fisioterapeuta realizasse na APS?

As entrevistadas da UBS relataram que gostariam que o Fisioterapeuta desenvolvesse atendimentos individuais com atuação na reabilitação dos pacientes, nível de atuação terciário.

“Eu gostaria que tivesse mesmo fisioterapeuta no posto, atendendo esses pacientes que necessitam, né. Que não fosse assim, tipo encaminhado para um local específico, seria bom, ideal que já fizesse aqui mesmo para atender a população do seu bairro, né, que já é atendido no posto” (ID 7).

“[...] E para o paciente o que a gente tem bastante aqui é paciente com dores lombares, problemas de coluna sérios, sabe, acidentes, mais a parte de reabilitação deles” (ID 10).

Uma entrevistada relatou sobre atendimentos em grupos de indivíduos com problemas osteomusculares e psiquiátricos.

“O que eu gostaria de ter aqui que era uma coisa, é trabalhos em grupo, desenvolvimento de trabalho em grupo, acho que seria muito interessante, principalmente para esses problemas osteomusculares e até pacientes psiquiátricos, que fazem uso de medicação controlada, psicotrópico, acho que algumas atividades da fisioterapia podem desenvolver, podem ajudar no desmame dessas medicações” (ID 3).

Uma entrevistada relatou que o Fisioterapeuta pode atuar como coordenador das secretarias de saúde, sendo um gestor de equipe e dos serviços de saúde.

“Não é autarquia, em alguma parte não é administrativa, seria decisória, porque assim o fisioterapeuta poderia ser um secretário da saúde, poderia atuar na área, mas não só com o paciente. É uma pessoa que também tem essa possibilidade nessas reuniões de secretaria, junto com os outros profissionais de saúde” (ID 11).

Com ações de prevenção de agravos à saúde.

“É por exemplo assim, postural para as crianças nas escolas, eu não sei se tem isso, postural para evitar uma má postura, para depois chegar com uma dor na coluna” (ID 8).

“Exercícios ou esclarecimento mesmo, teóricos também, coisas que facilitem, previnam problemas de saúde” (ID 11).

Com ações de educação em saúde, sobre problemas osteomusculares, cuidados com o recém-nascido e orientações aos cuidadores.

“Eu acho que a fisioterapia poderia atuar em vários aspectos, acho que né, poderia atuar na orientação, né. Assim hoje a gente tem vários problemas, por exemplo, problemas osteomusculares [...]” (ID 3).

“[...] falando de UBS, eu faço pré-consulta ali dos bebês para a pediatra, a mãe fica ali 15 a 20 minutos para colocar uma fralda no bebe porque ela tem medo de pegar o bebe e quebrar o bebe, mal ela sabe que se movimentar ele,

virar para cá vira pra lá, vai estar estimulando o bebê. Eu acho que auxiliar as mães com os RN mesmo em questão de botar a mão na massa” (ID 5).

“[...] porque não pode mexer comigo, porque alguém não sabe mexer comigo, porque não pode me movimentar ou porque alguém acredita que se movimentar vai machucar. Então não é só o movimento com o próprio paciente, acho que a conversa com as pessoas que estão ao redor dele” (ID 5).

Algumas entrevistadas relataram sobre ações intersetorial com o setor educação.

“[...] às vezes, na orientação que nem nas escolas, parece que não, mas as crianças acham que é normal ficar na “postura de cebola” (ID 1).

“É por exemplo assim, postural para as crianças nas escolas, eu não sei se tem isso [...]” (ID 8).

Foram relatados sobre as dificuldades nos encaminhamentos intrasetoriais (referência/contrarreferência) em rede.

“[...] Que não fosse assim, tipo encaminhado para um local específico, seria bom, ideal que já fizesse aqui mesmo para atender a população do seu bairro, né, que já é atendido no posto, né. Mas que atenda esses pacientes também, que dê um suporte muito maior para eles, né, porque muitas vezes vai para outros locais e acaba demorando, às vezes não tem vaga” (ID 7).

“[...] porque a grande dificuldade é você encaminhar né, as vezes você acaba fazendo com o paciente aqui sem você conseguir ter o profissional tão rápido para fazer aquilo, isso não é só aqui né, as vezes na rede particular você também tem isso” (ID 8).

Algumas entrevistadas relataram sobre ter um número maior de profissionais fisioterapeutas na APS.

“Eu gostaria que tivesse mesmo fisioterapeuta no posto, atendendo esses pacientes que necessitam” (ID 7).

“Eu acho que se tivesse mais profissionais, porque quem faz, faz bem, mas eu acho que precisava ter mais profissionais, porque, principalmente pra você trabalhar a parte respiratória” (ID 8).

Ações em saúde do trabalhador com os funcionários da APS.

“Querida principalmente com os funcionários que andam com a coluna acabada como a minha, que já fiz fisioterapia e não adiantou, porque dói ainda [...]. E ninguém cuida da gente, e ninguém se preocupa com a gente até hoje, a gente só serve para trabalhar, ninguém cuida do funcionário público não” (ID 9).

As entrevistadas relataram sobre ações de prevenção de agravos à saúde com os funcionários na unidade básica de saúde.

“Ah, acho que poderia ser desde prevenção, até para o profissional, né. Não só para o cliente, para o paciente, mas até para o profissional na hora que a gente senta errado, no computador às vezes você não tem uma mesa adequada, uma cadeira adequada e acaba se colocando errado então até pra corrigir isso, com os equipamentos certos, né. Com a altura certa, vocês sabem melhor [...]” (ID 10).

“Fora o trabalho talvez preventivo, com os funcionários, não sei se tem tanta coisa, preventivo [...]” (ID 11).

E ações de educação em saúde com os funcionários da unidade básica de saúde, sobre orientações ergonômicas e posturais.

“Ai eu gostaria que me ajudasse por exemplo assim, eu tenho uma péssima postura, eu vivo me corrigindo sabe, eu vivo com dor nas costas, eu acho que seria legal assim dar uma educação aos funcionários, na parte ergonômica [...]” (ID 4).

Resumidamente, as entrevistadas da UBS relataram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse atendimentos individuais com atuação na reabilitação dos pacientes, atendimentos em grupos de indivíduos com problemas osteomusculares, psiquiátricos e como gestor de equipe e dos serviços de saúde. Ações de prevenção de agravos à saúde e de educação em saúde, sobre problemas osteomusculares, cuidados com o recém-nascido e orientações aos cuidadores. Relataram sobre ações intersetoriais com o setor educação, sobre as dificuldades nos encaminhamentos intrasetorial, com isso ter um número maior de profissionais fisioterapeutas na APS. Relataram também sobre atuação na saúde do

trabalhador com os funcionários da APS, com ações de prevenção de agravos à saúde, ações de educação em saúde, sobre orientações ergonômicas e posturais.

As entrevistadas da EMEI disseram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse a avaliação na saúde da criança.

“Ah, de verificação, né, da maneira da criança postural, de como a criança age com o corpo dela no espaço escolar, é tão importante, vejo que tem uma importância grande” (ID 4).

“Avaliar a postura (pausa), acho que ver se a parte física está de acordo com a idade que a gente tem né, o que pode fortalecer, o que pode melhorar, às vezes uma dor nas costas, sua postura tem alguma coisa de errado, você deve ter feito alguma coisa de errado” (ID 6).

Com atuação no nível terciário, com ações de reabilitação e atendimentos.

“O acolhimento é o mais importante, eu acho que o acolher o paciente, o conversar, saber um pouquinho da história dele, o que ocasionou o problema dele para estar vindo procurar o fisioterapeuta, é o que dá mais confiança ao paciente com o fisioterapeuta e ao atendimento” (ID 7).

“No geral (pausa) isso mesmo que eu falei na reabilitação, orientação e quem não trabalha com isso realmente não sabe, não tem noção do que está dentro da normalidade ou o que está fugindo e tem que ser. Orientação e reabilitação, é isso” (ID 27).

Uma entrevistada argumentou sobre atenção à saúde da mulher, com orientações no período da gestação e do puerpério.

“Tá, eu gostaria que fizesse um, desse atenção primária especialmente para grávidas, quanto a orientação de postura e o pós nascimento (pausa) acho que começaria aí uma das principais atuações do fisioterapeuta com a gestante e na orientação com o bebê recém-nascido, acho que é o principal” (ID 2).

Uma entrevistada relatou sobre atenção à saúde do trabalhador, com ações na saúde física e mental.

“Hoje pensando assim na minha vida, acho que a gente vive muito no estresse, então trabalhos voltados para o relaxamento, evitar tensão muscular, eu acho que hoje o mundo é muito agitado, é muito estressante, e esse trabalho não só com crianças, mas com todos os profissionais, a gente sabe trabalhar todo esse relaxamento, essa tensão, postura que trouxesse benefícios para a nossa saúde, tanto física quanto mental (interrupção) com diferentes públicos” (ID 24).

Com atuação intersetorial, com ações no setor da educação.

“Eu acho que seria interessante também que eles viesse fazer uma triagem nas escolas, se tivessem Fisioterapeuta na secretaria que viesse dar uma atenção, uma triagem porque a gente percebe muitas crianças com algumas dificuldades” (ID 26).

Algumas entrevistadas relacionaram a APS com nível primário da educação.

“O desenvolvimento motor com as crianças, a gente percebe bastante crianças com a perninhas meio torta, precisa de uma atenção especial agora nos anos iniciais, pra evitar problemas futuros” (ID 8).

“Era bom que tivesse uma atenção mais com as crianças, no desenvolvimento, porque a gente vê que tem muita criança que tem probleminha na perna, no sentar, no andar, demora muito para andar né, então às vezes isso ajudaria mais” (ID 9).

“Na escola eu acho muito importante sabe, porque as vezes a criança a gente pega lá no berçarinho, no maternal que eles estão em desenvolvimento, aqui a gente vê algum probleminha e em casa a família não observa, já vinha sabe aqui uma equipe era excelente, eu acho muito importante na escola” (ID 29).

Algumas entrevistadas disseram desconhecer os serviços da APS.

“Porque geralmente a... a atenção primária geralmente em clínica... geralmente é no hospital e aí quem faz é o médico e o médico que passa para o fisioterapeuta no caso, né. Então acho que não há necessidade” (ID 11).

“Sim em prontos socorros, PS que fala né, em pronto socorro (pausa). Pessoas que são também acamadas, nos hospitais ou em casa mesmo,

partindo de uma apoio governamental sem ser o particular, porque daí todo o mundo teria acesso” (ID 21).

Relataram sobre as dificuldades do acesso aos serviços de saúde pública, bem como do Fisioterapeuta.

“E a questão da fisioterapia a gente só tem por plano de saúde, é difícil ter isso, esse atendimento, então talvez ajudaria muito a população que não tem acesso a convênio ou a fazer o pagamento em clínicas particulares” (ID 1).

“Então porque tipo assim eu nunca precisei de fisioterapia pelo SUS, mas quem assim precisa e depende fala que é muito difícil, tem que esperar muito assim, entendeu, assim uma agilidade maior [...]”(ID 22).

“Primeiro que precisava de mais, acho que não está acontecendo muito efetivo o Fisioterapeuta na atenção primária, eu acho. Então precisava ampliar ou efetivar essa ação e eu acho que seria mesmo no ensino para a população ou os alunos no caso, na escola de formas mais corretas de posicionar e de movimentar também (pausa) porque eu vejo mais Fisioterapeuta vindo corrigir, do que assim indo tratando antes” (ID 25).

As entrevistadas da EMEI disseram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse avaliação na saúde da criança, com ações de reabilitação e atendimentos na atenção à saúde da mulher (gestação e puerpério), saúde do trabalhador, tanto na saúde física quanto mental e atuação intersetorial, com ações no setor da educação. Relacionaram a APS com nível primário da educação. Algumas entrevistadas desconhecem os serviços da APS e relataram sobre as dificuldades do acesso aos serviços de saúde pública, bem como do Fisioterapeuta.

Alguns familiares relataram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse atendimentos aos pacientes.

“Dá mais atenção para as pessoas, né. Dá mais atenção, principalmente para pessoas mais carentes, porque às vezes as pessoas ficam muito desprezadas, parece que, porque você não tem dinheiro, parece que você fica mais de escanteio, né. Você fica... primeiro atende outras pessoas depois que atende a gente, parece que as vezes não vê, não enxerga essa parte aí, né. Não sei, talvez pode ser isso aí” (ID 13).

“Que desse atendimento às pessoas que não tem condições né, de fazer particular” (ID 15).

Que realizassem visitas domiciliares aos pacientes que não conseguem ir a unidade de saúde.

“É que eu nunca fiz, então eu fico meio perdida (pausa). Que ele vá nas casas [...] É a domicílio, para as pessoas que não estão podendo né, idoso” (ID 12).

Com atuação na saúde da criança por meio de atividades de estimulação do desenvolvimento motor.

“Mais para a parte das crianças que têm dificuldade, muitas vezes a criança tem a mesma idade ela não tem tanto desenvolvimento quanto a outra teria” (ID 6).

“Ah, eu acho que focar no desenvolvimento, o que é normal, o que não é normal. Eu tô falando isso porque passei isso com o meu bebê, entendeu. Ele não sentava em uma certa idade e eu era muito preocupada com isso” (ID 3).

Ações de educação em saúde sobre mudanças de hábitos de vida a população e desenvolvimento motor das crianças para os pais.

“Ah, é, gostaria que eles realizassem educação né, incentivassem o pessoal a fazer atividade física, a nadar porque é excelente para o sistema respiratório, coordenação, então educação, mudança de estilo de vida. Puxar um pouco também pra ergonomia né, obesidade [Incompreensível 00:10:55] dá pra trabalhar, né” (ID 1).

“[...] orientar a mãe, porque a gente sente falta disso na atenção básica, eu tenho convênio e tudo, mas no convênio a gente não é orientado, né. Mas eu acho que é muito importante, tem mãe que coloca muito “caraminhola” na cabeça, eu falo por mim, então acho que essa parte do desenvolvimento [...] Isso. Fazer uma cartilhinha, sabe. Para o que pode, o que não pode em certa idade, quando procurar ajuda, sabe” (ID 3).

Uma entrevistada relatou sobre ter o profissional Fisioterapeuta na APS.

“Porque não tinha no serviço público. Eu gostaria que tivesse mais, né, mais oportunidade dos fisioterapeutas estarem, né, no serviço público” (ID 5).

Em síntese as famílias relataram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse atendimentos e visitas domiciliares aos pacientes da APS e atuação na saúde da criança, por meio de atividades de estimulação do desenvolvimento motor. Ações de educação em saúde sobre mudanças de hábitos de vida a população e orientações aos pais sobre o desenvolvimento motor das crianças, sendo necessário ter o profissional Fisioterapeuta na APS para desenvolver essas ações.

As funcionárias da UBS, EMEI e famílias dos alunos da EMEI em sua maioria argumentaram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse avaliações, atendimentos individuais e visitas domiciliares reforçando a atuação no nível terciário, no processo de reabilitação, frente a condições patológicas e com sequelas em diferentes ciclos da vida. Uma entrevistada da UBS comentou sobre a importância de atividades coletivas com indivíduos na unidade de saúde, visto o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, sendo como uma das responsabilidades a fim de contribuir para integralidade do cuidado e resolubilidade no escopo da APS.

Algumas funcionárias da UBS e famílias dos alunos da EMEI relataram sobre ações de educação em saúde para a população, sendo estas previstas pela atuação do Fisioterapeuta na APS sendo já discutido anteriormente na descrição profissional, o que ratifica como uma das abordagens fisioterapêuticas no discurso dos entrevistados.

As entrevistadas na UBS e EMEI declararam sobre ações intersetoriais e encaminhamentos, sendo de responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção primária para populações específicas a prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para o processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção primária, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

No entanto, as dificuldades estão presentes nas falhas dos encaminhamentos e trabalho em rede intrasetorial como anteriormente verificado no discurso dos profissionais do setor saúde. A Humanização, como política que atravessa todas as instâncias do SUS, propõe-se a atuar na descentralização, isto é, na autonomia administrativa da gestão da rede de

serviços, de maneira a articular processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida. Para tanto, cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional. No processo de trabalho em saúde, tem-se ressaltado que as organizações de saúde devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários. Isto inclui, portanto, o esforço que se dispense no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível (BRASIL, 2013).

Algumas funcionárias da UBS argumentaram sobre atuação na saúde do trabalhador, pois são profissionais do cuidado e que devem ter atenção quanto a saúde laboral. Altoé (2013) verificou que as posturas corporais dos trabalhadores de enfermagem no cuidado do paciente crítico em Terapia Intensiva comparando com as posturas adequadas. Foi desenvolvido um estudo de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital especializado privado em Niterói, com 20 técnicos/auxiliares de enfermagem. Os resultados apontaram que o cenário pesquisado é um ambiente que ainda necessita de ajustes para realização do trabalho da enfermagem, observou-se que o trabalhador de enfermagem realiza posturas incorretas como, inclinação e rotação de tronco, flexão cervical, extensão, rotação e elevação de ombro, além da flexão do cotovelo.

Freire (2017) buscou identificar a ocorrência de lombalgia em profissionais de enfermagem e correlacionar a incidência com a aplicabilidade dos princípios ergonômicos. Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, quantitativo desenvolvido por alunos do Programa Voluntário de Iniciação Científica em período de 16 meses, composto por 20 profissionais da equipe de enfermagem do setor de clínica médica de um Hospital Geral, situado em Campos dos Goytacazes. O estudo identificou que a incidência de lombalgia durante as atividades foi de 80%, e após a jornada de trabalho foi de 75% e 65% dos profissionais alegaram nunca terem recebido orientações ergonômicas, resultando na aplicabilidade insuficiente de tais princípios, mediante os achados foi confeccionado uma cartilha educativa, divulgando resultados e orientações ergonômicas, distribuída aos sujeitos da pesquisa.

Abranches (2005) analisou as condições de trabalho de enfermagem em uma unidade básica de saúde, utilizando-se o método ergonômico. Os dados foram coletados no

período de três meses, utilizando-se de formulários, aplicados as trabalhadoras de enfermagem. Os resultados evidenciaram que 50% das trabalhadoras têm hipertensão arterial sistêmica, 75% estão com peso acima do ideal, a maioria identifica a demanda excessiva de tarefas imposta pela população em relação ao número insuficiente de trabalhadoras como fato predisponente de estresse e violência ocupacional que interferem na qualidade de vida no trabalho. O ambiente apresenta inadequação de mobiliários nos postos de trabalho, ruídos e temperaturas em níveis elevados. A situação de trabalho é geradora de violência estrutural e psicológica, portanto, a situação de trabalho analisada não oferece condições adequadas de trabalho as trabalhadoras de enfermagem.

Os estudos de Altoé (2013) e Freire (2017) discutem as inadequações ergonômicas frente a atividade de trabalho de profissionais de enfermagem em hospitais, clínicas médicas e Unidade de Terapia Intensiva, o qual apresentam demandas de trabalho diferentes dos funcionários de unidade de saúde, no entanto, é evidente a necessidade de ações de educação a saúde dos trabalhadores de saúde, pois esses profissionais necessitam de cuidado a fim de oferecer com excelência cuidados a saúde da população. Esses resultados corroboram com os discursos das entrevistadas da UBS, que argumentaram sobre ter orientações posturais e do posto de trabalho a fim de garantir condições confortáveis de produção ocupacional

O estudo de Abranches (2005), corrobora com o relato das funcionárias da UBS que em seu discurso reforçaram sobre serem profissionais do cuidado, no entanto, não têm o devido cuidado em saúde necessário, com ações de prevenção de agravos à saúde, educação em saúde (orientações ergonômicas e posturais), pois o processo de trabalho interfere na organização e qualidade de vida, culminando na influência sobre saúde, desempenho e bem-estar ocupacional.

As funcionárias da EMEI desconhecem os serviços da APS e relatam dificuldades do acesso aos serviços de saúde pública. Zeni et al (2021) realizaram um estudo para verificar o desconhecimento da população sobre o SUS, bem como indagar os participantes sobre seus conhecimentos gerais sobre os programas que antecederam o mesmo. Foi aplicado um questionário em 22 pessoas, com média de idade de 69,13 anos. Os indivíduos foram questionados sobre o significado da sigla SUS e 15 pessoas responderam de forma correta e sete disseram não saber responder. Quando perguntados sobre os processos de saúde do passado, as respostas giraram em torno do uso de chás, falta de tecnologia e que os

atendimentos eram escassos, quatro pessoas disseram não saber opinar, três já ouviram falar do INPS, seis do CAPS e quatro do INAMPS, mas ninguém sabia explicar ao que se referia cada um, também duas pessoas citaram o sindicato como intermédio de saúde. As demais perguntas envolveram casos em que os entrevistados deveriam optar sobre qual serviço buscar de acordo com a necessidade, Unidade Básica de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento ou Hospitais; mais de 50% respondeu de forma errônea por não ter informações sobre o assunto.

Silva et al (2014) identificaram o conhecimento da população sobre o SUS, comparando com o perfil educacional e fontes de informação. Foram entrevistadas 50 pessoas sendo 31 mulheres e 19 homens, com faixa etária entre 12 e 61 anos. Destes, 44% tinham ensino superior, 40% ensino médio, 16% fundamental. No que diz respeito a principal fonte de informação, 64% declarou obter conhecimentos por meio da televisão. Dos entrevistados, 50% não dependem exclusivamente da rede pública e, destes, 44% não se consideram usuários do SUS, mesmo assim, 78% disseram conhecer a Unidade Básica de Saúde que atende sua região. Em caso de emergência 45% procuram a rede privada, 25% as UBS, 23% as Unidades de Pronto Atendimento e 7% hospitais públicos. Quanto a percepção dos participantes em relação a prioridade dos investimentos de recursos dentro dos níveis de atenção, 60% escolheram a atenção básica, 16% a atenção secundária, 14% a atenção terciária e 10% convênios com a rede privada. Participaram da ouvidoria nas UBS apenas 12% dos entrevistados. Apenas 2% conhecem e frequentam o conselho local da sua região, 8% conhecem, mas não frequentam enquanto que 90% desconhecem. Quanto às reuniões do conselho municipal 94% relataram não ter conhecimento das audiências e localidade onde ocorrem.

Ribeiro (2020) realizou um estudo na Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Itapevi, o qual verificou o desconhecimento, por parte dos usuários, da função e importância da Atenção Básica (AB) e do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto saúde-doença. A falta de conhecimento resultou em grande parte da não realização de atividades de educação em saúde pelas equipes, as quais trabalham frente a uma enorme demanda por consultas diariamente e encontram-se arraigadas no modelo tradicional de acesso à saúde. Dessa forma, alguns dos princípios do SUS não são colocados em prática na unidade, o fortalecimento da AB no município fica prejudicado e os próprios pacientes são afetados em sua busca pela saúde integral. Para permitir que a população adscrita conseguisse alcançar a saúde em sua forma mais abrangente foram

propostas intervenções como banners e vídeos educativos na sala de espera da unidade, apresentação de palestras sobre temas pertinentes à comunidade, capacitação frequente e fortalecimento das equipes.

Hamada et al (2018) realizaram um estudo para avaliar o nível de conhecimento da população residente em Juiz de Fora sobre o sistema, por meio de um estudo transversal realizado na Região Sanitária nove, que possui três Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Foi aplicado um questionário que buscou identificar o conhecimento sobre os aspectos e o funcionamento do SUS em uma amostra de 457 indivíduos, com representação das populações vinculadas às três UAPS, em um período de 11 meses. Dentre os resultados, evidenciou-se que 70% dos entrevistados nunca receberam informação relacionada ao funcionamento do SUS, além de existir uma relação inversa entre renda e grau de informação sobre o sistema. Verificaram estatisticamente o desconhecimento do caráter público e universal do SUS e o fato de a UAPS e o pronto-socorro ou emergência terem sido as unidades de saúde mais apontadas como primeira escolha, quando precisam de atendimento de saúde.

Os autores supracitados discutiram sobre o desconhecimento da população quanto ao funcionamento, níveis de atenção, serviços prestados e a busca adequada do serviço/local adequado de acordo com o problema de saúde. O estudo de Ribeiro (2020) aponta que o desconhecimento da população está relacionado pela não realização de ações de educação em saúde por parte da equipe de saúde, no entanto, o estudo de Silva et al (2014) evidenciaram uma baixa participação da população nas reuniões de conselho devido o desconhecimento como direito do controle social. Os estudos de Zeni et al (2021) e Hamada et al (2018) argumentaram sobre a busca de maneira errada dos serviços de atenção de saúde, no que diz respeito a atenção primária e secundária, o que corrobora com os achados dos autores, pois uma população que não acesso as informações seja pela equipe de saúde da APS, pela gestão tripartite, ou pela baixa participação e incentivo do controle social, gera impactos negativos não apenas sobre o serviço público, mas também como acessar o serviço adequado decorrentes das necessidades e problemas de saúde.

Todos esses achados corroboram com os discursos das entrevistadas da EMEI, que também argumentam sobre o desconhecimento dos serviços na APS, bem como dificuldades no acesso a saúde pública. Dessa maneira, é importante que para uma maior participação social, seja criado espaços de discussão sobre saúde, na sociedade, escolas e

mídias. O estudo de Silva et al (2014) evidenciaram quanto ao funcionamento da rede, que a população se mostrou bem-informada sobre os serviços dispostos no SUS, fato este pode ser atribuído a alta escolaridade e a principal fonte de informação declarada. No entanto, esses resultados quando comparado ao desconhecimento das funcionárias da EMEI, que em sua maioria apresentam nível superior completo vão de encontro, pois espera-se que quanto maior o nível de escolaridade, maior as informações e acesso a saúde pública, no entanto vários fatores estão envolvidos sobre o conhecimento ou não dos serviços de saúde, por exemplo o quanto a gestão dos serviços do SUS disponibilizam informações para população, o quanto os a população e os usuários do SUS são estimulados a participação nas reuniões do conselho, quais são as estratégias das gestões de saúde utilizam para disponibilizar os serviços, equipamentos aos usuários, o quanto os interesses políticos manipulam e influenciam o funcionamento do setor saúde, na composição, funcionamento dos serviços e equipes multiprofissionais.

Os funcionários da UBS e as famílias dos alunos da EMEI argumentaram sobre ter um número maior de fisioterapeutas na APS. Tavares et al (2018) descreveram a distribuição de fisioterapeutas na APS no Brasil e analisaram a relação do número de habitantes por fisioterapeuta na APS, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foi realizado um estudo transversal descritivo, a partir de dados do CNES e do Censo Demográfico de 2010. A partir disso, foram identificados 6.917 cadastros de fisioterapeutas na APS, com predomínio na região Sudeste (49%), a qual, em junto com a Sul, foram as regiões com melhores relações de habitantes por fisioterapeuta na APS, enquanto na região Norte foram observados 32.000 habitantes por profissional. Dos municípios do Brasil, 47% possuem fisioterapeuta na APS, e a análise por porte populacional indicou maior percentual de fisioterapeutas na APS em municípios de pequeno porte (39%) e médio porte (34%). Observou-se, ainda, que municípios de pequeno porte apresentam fisioterapeutas apenas na APS, ao passo que, por outro lado, a maioria dos municípios de demais portes possui fisioterapeutas em todos os níveis de atenção.

A reorganização das práticas de saúde como preceito para as equipes coordenarem o cuidado nas redes de atenção deve ser estimulado em nível local, a fim de ela acompanhar o usuário durante todo o fluxo no sistema de saúde. A utilização do termo Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde, para designar atenção primária, apresenta-se como reflexo da necessidade de organização entre a proposta da Saúde da Família e a dos cuidados

primários de saúde, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde. As ações nos municípios de pequeno porte estão voltadas para serviços da atenção primária, sendo desprovido de serviços especializados, como hospitais e centros de reabilitação. Enquanto municípios de médio a grande porte se caracterizam por terem os três tipos de serviços de saúde com recursos tecnológicos.

O estudo supracitado apresentou que a região sudeste e sul apresenta um maior número de fisioterapeutas na APS, o que confronta com os discursos de algumas entrevistadas do setor saúde e familiares, em contrapartida municípios menores apresentam baixas condições de desenvolvimento e equipamento tecnológico nos serviços de saúde, sendo assim espera-se uma maior atuação nos níveis de atenção de menor complexidade, como a APS, quando comparado a serviços de média e alta complexidade, como hospital geral e clínicas especializadas que oferecem atendimento com recursos tecnológicos localizados em grandes centros

Diversos fatores estão associados à concentração da profissão nas regiões de maior desenvolvimento econômico do país, incluindo fatores socioeconômicos e históricos que influenciam na distribuição populacional, na conformação da rede de estabelecimentos do sistema de saúde e na distribuição das instituições de ensino superior, promovendo maior número de habitantes, de estabelecimentos de saúde e de profissionais formados nas regiões Sudeste e Sul (TAVARES, 2018).

Tavares et al (2018) trouxeram informações importantes sobre a atuação do fisioterapeuta na APS, sendo a região sudeste a maior porcentagem de profissionais, quando comparamos esses dados com os discursos dos entrevistados da UBS e famílias relacionando com o relato dos funcionários da EMEI, esses achados corroboram com o desconhecimento dos serviços e do funcionamento do SUS, a busca inadequada dos níveis de atenção de saúde e conhecimento profissional nos serviços públicos e não ao baixo número de profissionais na APS.

Silva et al (2021) analisaram a distribuição espacial temporal dos profissionais de saúde com nível superior que realizaram ações de reabilitação na APS no Brasil de 2007 a 2020. Foi realizado um estudo ecológico, de série temporal, sobre a oferta de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais na APS, visando a implementação da política de saúde brasileira denominada Rede Integrada de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Os dados foram obtidos do Instituto Nacional de Cadastro de

Estabelecimentos de Saúde. Em 2007, havia 0,12 fisioterapeutas/10.000 habitantes 0,05 fonoaudiólogos/10.000 habitantes e 0,205 psicólogos/10.000 habitantes. Em 2020, houve aumento em todas as categorias profissionais, sendo 0,47 psicólogos (>268,1%), 0,46 fisioterapeutas (>424,8%), 0,14 fonoaudiólogos (>297,1%) e 0,04 terapeutas ocupacionais (>504,5%). Houve um aumento significativo na oferta de fisioterapeutas (variação percentual média anual: 10,8), fonoaudiólogos (variação percentual média anual: 7,6), psicólogos (variação percentual média anual: 6,8) e profissionais terapeutas (variação percentual média anual: 28,3), com pouca variação regional.

Silva et al (2021) concluíram que as políticas públicas de saúde para reabilitação têm contribuído para o aumento da força de trabalho no cuidado pessoas com deficiência nos serviços da APS.

. Esses achados confrontam com o relato de algumas entrevistadas da UBS e famílias, o qual argumentaram sobre ter mais profissionais fisioterapeutas na APS, sendo que houve um aumento de 0,46 fisioterapeutas/10.000 habitantes em todas as regiões do país (2021). No entanto, algumas limitações são apresentadas no estudo, pois as autores investigaram a atuação voltada para a reabilitação, sendo na APS o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, bem como atenção à saúde integral e educação em saúde.

Quais ações o Fisioterapeuta desenvolve com as crianças na EMEI?

As entrevistadas da UBS relataram que o Fisioterapeuta realiza avaliação e identificação de risco com as crianças na EMEI.

“[...] como eu trabalhei na EMEI era assim (pausa) era a idade que você pode vê se a criança vai ter um problema na perna, como tem muitas crianças que anda na ponta do pé, então já é uma idade para começar a reeducar essa criança, entendeu (pausa) identificação de um futuro problema, entendeu” (ID 4).

Uma entrevistada relatou o Fisioterapeuta realizando atendimentos com crianças na EMEI com algumas patologia ou sequelas.

“[...] Mas a menos que tenha lá dentro uma criança com algum tipo de debilidade, aí volta aquela ideia, a tem gente que pensa que está

machucando, ele não estica o joelho porque ele é deficiente e de esticar vai machucar, ai sim eu acho que o fisioterapeuta deve entrar para ajudar” (ID 5).

As entrevistadas relacionaram o Fisioterapeuta com um profissional do movimento, que utiliza desse recurso “movimento” para realizar as atividades de bem-estar com as crianças.

“[...] eu acho que também pode realizar atividade com as crianças né, eu acho que vocês também fazem não sei, ensinar alongamento, atividades de bem-estar para as crianças, eu acredito que fazem isso, exercícios físicos” (ID 4).

“[...] mas é tipo atividades com as crianças, assim alongamentos, essas coisas para cuidar do corpo, eu acho que é bom, isso educa a criança a cuidar do corpo, eu acredito” (ID 6).

Ações de educação em saúde, sobre orientações posturais as crianças e aos cuidadores das crianças.

“[...]com ação não só de cuidado com essa criança, mas com as pessoas do contexto que fazem parte do contexto dessa criança” (ID 5).

“[...] eu acredito que seja mais assim na questão de postura, ensinar a criança a sentar direito, caminhar, andar corretamente, tem crianças que andam só na ponta dos pés” (ID 7).

Algumas entrevistadas relataram a atuação do Fisioterapeuta na prevenção de agravos à saúde das crianças, sobre postura, autoconhecimento corporal e doenças respiratórias.

“[...] mas eu acredito que mais na parte de prevenção, mochilas muito pesadas, posturas, porque se eles sentam em casa errado imagina na escola” (ID 10).

“Eu acho que práticas mesmo em atividades de maneira correta, bem orientadas, por ser um profissional. Saber orientar, por exemplo, como eu falei tem muita gente em Araras que tem doenças respiratórias tem muita, não só a respiratória alta pulmonar, mas a baixa, então seria desenvolver atividades de prevenção, com a criança acho seria mais a prevenção

mesmo. Respiratória, de atividades de compreensão do seu próprio corpo, da criança já começar a prestar atenção no entorno delas, das coisas todas onde ela pode transitar e brincar” (ID 11).

Algumas entrevistadas relacionaram semelhança das ações do Fisioterapeuta com o profissional de Educação Física.

“Acredito que seja quase semelhante à educação física” (ID 1).

“[...] essa busca ativa, orientação postural acho que é bacana, no incentivo de ter a prática de alguma atividade, mais uma vez invadindo o educador físico aí” (ID 3).

“Eu acho que faz atividades, alongamentos, é eu não posso falar que é tipo um profissional de educação física, porque não é, mas é tipo atividades com as crianças, assim alongamentos, essas coisas para cuidar do corpo, eu acho que é bom, isso educa a criança a cuidar do corpo, eu acredito” (ID 6).

Algumas entrevistadas, em torno de 36,36% (f: 4) desconhecem presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

“Eu não sei te falar” (ID 8).

“Eu não vi. A única coisa que eu vejo, as atividades que eu vejo é o professor de educação física, fisioterapia em parque e escola eu nunca vi” (ID 9).

As entrevistadas da UBS relataram, resumidamente, que o Fisioterapeuta realiza avaliação, identificação de risco e atendimentos as crianças na EMEI. Citaram sobre ser um profissional do movimento, que utiliza desse recurso para realizar atividades de bem-estar, prevenção de agravos à saúde das crianças, sobre postura, autoconhecimento corporal e doenças respiratórias. Ações de educação em saúde, sobre orientações posturais as crianças e aos cuidadores das crianças. Semelhança das ações do Fisioterapeuta com o profissional de Educação Física. Algumas entrevistadas desconhecem a atuação do Fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

As entrevistadas da EMEI relataram que o Fisioterapeuta realiza avaliação do desenvolvimento motor com as crianças na EMEI.

“Eu acho que são avaliações, quando as meninas vinham eu via que ele avaliavam as crianças, se estavam engatinhando direito, se estava andando,

correndo, se consegue correr, se consegue pular na idade certa, tem toda uma idade para o desenvolvimento né, se está de acordo com o seu desenvolvimento” (ID 6).

“Agora faz tempo por conta da pandemia, mas antes ele avaliava as crianças quanto a coordenação como eu já falei, a marcha (pausa) marcha, coordenação, avaliavam tudo o aspecto global da criança, a maneira como andavam, como corriam, eles viam isso em uns também e o equilíbrio no desenvolvimento da criança” (ID 27).

Algumas entrevistadas disseram que o Fisioterapeuta realiza estimulação do desenvolvimento motor.

“Eu acho que aqui na EMEI daria para fazer várias dinâmicas para estar explorando essa questão, tanto da autoconfiança da criança no andar, no pular, exploração da coordenação motora, porque a gente percebe que algumas crianças tem bastante insegurança em relação a isso (pausa) e às vezes muita coisa que nós como pedagogos não conseguimos perceber, não temos esse olhar e talvez um fisioterapeuta na escola ajudaria muito nisso” (ID 1).

“[...] Controle de tronco, ajuda aí adoro (risos) a lateralidade, a coordenação global e a fina também, equilíbrio (pausa), é fortalecimento do tônus (pausa), definição de lateralidade [...]” (ID 2).

As entrevistadas relacionaram o Fisioterapeuta com um profissional do movimento, que utiliza desse recurso “movimento” para realizar as atividades com as crianças.

“Eles realizam uma série de exercícios, para as crianças desenvolver as dificuldades que eles tem” (ID 8).

“Movimento, coordenação, coordenação motora, parte de lateralidade, acho que é totalmente importante (pausa) e tudo isso corrobora com o cognitivo né” (D 21).

Ações de educação em saúde, sobre orientações posturais para as crianças.

“Aqui o que eu observo é, são ações assim, que é isso mesmo, ensinando a postura, por meio de movimentos, ensinando movimentos, como a criança se

movimentar, fazendo as atividades principalmente da vida diária que a gente fala, nas habilidades físicas, a criança que tem dificuldade de realizar alguma habilidade física, então o Fisioterapeuta auxilia para que ela tenha êxito e consiga desenvolver essa habilidade e nas atividades da vida diária e como eu vejo eles orientando” (ID 25).

Atuação na prevenção de agravos à saúde e qualidade de vida das crianças.

“Pelo que eu vejo eu vejo pouco assim vocês fazerem, mas eu acho que são exercícios voltados para a observação, observando o que? A postura, o equilíbrio, já fazendo não um diagnóstico, mas assim essa observação para prevenir problemas que ele possa ter futuramente, fisicamente em primeiro lugar (interrupção) identificar e prevenir problemas futuros” (ID 24).

“Fisioterapia, acho que mais qualidade de vida” (ID 20).

Algumas entrevistadas argumentaram sobre o Fisioterapeuta realizando atendimentos com crianças atraso no desenvolvimento motor.

“Auxilia crianças que têm um grau de dificuldade, em geral assim, de andar, atraso, né. É... crianças que já andam mas que... não sei como que fala, que andam com o pezinho para cima, que eu já vi muitos fisioterapeutas fazendo isso, porque as criancinhas andam com o pé para cima, não sei como é que fala. (risos). E essas coisas de, principalmente as crianças que têm alguma dificuldade de andar, criança que é atrasada no desenvolvimento motor, né, no caso” (ID 16).

Relataram sobre os encaminhamentos intersetoriais (referência/contrarreferência) em rede.

“Esse ano que eu estou aqui eu não pude ver nada, mas (pausa) eu acho que quando eu entrei pelo que eu vi tinha criança que sempre passava no fisioterapeuta, eles faziam atividades com as crianças que tinham mais dificuldades, com criança encaminhada na verdade” (ID 5).

“Quando as crianças, geralmente elas são encaminhadas, aqui as crianças assim de convívio normal não, geralmente é quando a criança apresenta alguma patologia ou alguma coisa que ela é encaminhada, mas pela rede também não é muito bom né, geralmente é particular” (ID 13).

Algumas entrevistadas, em torno de 18,18% (f: 6) desconhecem a presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

“Eu não sei porque não acredito que tenha fisioterapeuta” (ID 11).

“Aqui não tem, então eu não sei quais as ações que desenvolve, porque nós não temos” (ID 14).

“Eu nunca vi aqui dentro da escola e nem nas outras escolas que eu passei, então eu não posso afirmar” (ID 30).

Em síntese as entrevistadas da EMEI disseram que o Fisioterapeuta realiza avaliação estimulação e atendimentos com crianças com atraso no desenvolvimento motor utilizando o movimento para realizar os atendimentos com as crianças. Ações de educação em saúde, sobre orientações posturais, atuação na prevenção de agravos à saúde e promoção de qualidade de vida para as crianças. Relataram sobre os encaminhamentos intersetoriais e algumas entrevistadas desconhecem a presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

Uma entrevistada da família relatou que o Fisioterapeuta desenvolve avaliação e correção postural com as crianças na EMEI.

“Muitas vezes ele pode corrigir a postura da criança, a criança vai andar, muitas vezes ele pode achar que está andando certo, às vezes ela está andando errado” (ID 9).

Realizam atividades físicas com as crianças.

“Na verdade eu nunca soube que tem esse projeto né, mas se fosse pra desenvolver um projeto seria legal gincanas né, essas atividades que gastam bastante energia, trabalha bastante o sistema respiratório, trabalham o corpo inteiro, né” (ID 1).

“E agora... É que eu nunca vi aqui, eu acho que é essa parte de desenvolvimento que vocês poderiam ver e atividade física também, essa parte vocês fazem ou não? Ginástica laboral com as crianças... Não sei, não é trabalho [...] Isso. (risos) Vocês vão saber o movimento certinho, né” (ID 3).

Ações de educação em saúde.

“Sempre puxa para a educação, né. Não educar mas explicar para eles o porquê, para evitar complicações [...] Conscientização, exato” (ID 1).

Alguns entrevistados, em torno de 72,22% (f: 13) desconhecem a presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

“Eu nunca vi [...] Eu nunca cheguei ver, eu fiquei sabendo que tinha uma fisioterapeuta, mas o que ela realizava não” (ID 6).

“Em creches eu nunca tinha ouvido falar, então eu já não sei dizer em que parte que eles fazem na creche, na escolinha” (ID 10).

“O que eles fazem? Acho que nem tem aqui, né. Acho que nem tem nas escolinhas e nos parquinhos, que eu saiba não tem não. Você viu ela falando aí que nem enfermeiro tem mais, você escutou, agora imagina médico, essas coisas, não tem não. Se precisar tem que ligar lá na rede, lá no hospital, ligar para a mãe e a mãe que vai correr atrás, elas mesmo não sai atrás, eu acho que deveria dar mais atenção nessas partes aí” (ID 13).

“Também queria saber, viu? (risos). Eu não sei se tem esse profissional que vem aqui na escola. Tem será?” (ID 15)

As famílias relataram que o Fisioterapeuta desenvolve avaliação, correção postural, prática de atividades físicas e ações de educação em saúde com as crianças. Alguns entrevistados desconhecem a presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

As profissionais da UBS relataram, resumidamente, que o Fisioterapeuta realiza na EMEI avaliação, identificação de risco e atendimentos as crianças na EMEI. Citaram sobre ser um profissional do movimento, que utiliza desse recurso para realizar atividades de bem-estar, prevenção de agravos à saúde das crianças, sobre postura, autoconhecimento corporal e doenças respiratórias. Ações de educação em saúde, sobre orientações posturais as crianças e aos cuidadores das crianças. Semelhança das ações do Fisioterapeuta com o profissional de Educação Física. Algumas entrevistadas desconhecem a atuação do Fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

Em síntese as entrevistadas da EMEI disseram que o Fisioterapeuta realiza avaliação, estimulação e atendimentos com crianças com atraso no desenvolvimento motor

utilizando o movimento para realizar os atendimentos com as crianças. Ações de educação em saúde, sobre orientações posturais, atuação na prevenção de agravos à saúde e promoção de qualidade de vida para as crianças. Relataram sobre os encaminhamentos intersetoriais e algumas entrevistadas desconhecem a presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

As famílias relataram que o Fisioterapeuta desenvolve na EMEI avaliação, correção postural, prática de atividades físicas e ações de educação em saúde com as crianças. Alguns entrevistados desconhecem a presença e/ou a atuação do Fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

Os entrevistados discursaram sobre o fisioterapeuta realizar avaliação, atendimentos, prática exercícios e/ou a realização de movimentos, ações de educação em saúde com as crianças na EMEI e encaminhamentos intersetoriais, assim reforçando o conhecimento dos entrevistados sobre a atuação profissional o qual foi discutido anteriormente.

Algumas entrevistadas das UBS, EMEI e famílias desconhecem a presença e/ou atuação do fisioterapeuta nas escolas. Silva et al (2015) analisaram a atuação do fisioterapeuta do NASF no contexto escolar. Foram entrevistadas sete participantes, sendo duas fisioterapeutas e cinco coordenadoras pedagógicas de escolas vinculadas ao território. Com relação à atuação do fisioterapeuta do NASF no contexto escolar, evidenciou-se a não atuação deste profissional no contexto estudado, não sendo possível descrever as ações realizadas pelo fisioterapeuta nas escolas. As possíveis demandas identificadas neste estudo foram voltadas a orientação postural, prevenção de LER/DORT e auxílio no processo de inclusão escolar do deficiente físico. Os entraves apontados foram à baixa carga horária dos fisioterapeutas e pouco conhecimento do contexto escolar e NASF. E os desafios apontados foram com relação à criação desta demanda para os fisioterapeutas e para as ações de intersectorialidade.

Santos et al (2015) verificaram as percepções de profissionais, que atuam nas salas de recursos, em relação às possíveis contribuições da fisioterapia na inclusão escolar e conhecer as principais dificuldades encontradas por esses profissionais. Foram entrevistadas oito professoras de três escolas estaduais de Uruguaiiana. Os resultados mostram que as entrevistadas possuem uma concepção positiva em relação à fisioterapia na inclusão de escolares, pois reconhecem a sua importância e possuem conhecimento

sobre as possíveis formas de contribuição. Diante dos relatos, foi possível concluir que existe possibilidade do fisioterapeuta poder contribuir na inclusão escolar e há a necessidade do profissional fisioterapeuta disseminar conhecimento sobre a sua atuação para a comunidade universitária e escolar.

Os estudos acima discutidos abordam a atuação do fisioterapeuta nas escolas, sendo o estudo de Silva et al (2015) apresentaram a baixa atuação profissional nas escolas, sem descrição das ações com as crianças somada a baixa carga horária de trabalho e o pouco conhecimento da classe profissional sobre a abordagem na saúde da criança em ambiente escolar; esses achados corroboram com o estudo de Santos et al (2015) apresentaram a necessidade do profissional fisioterapeuta reconhecer e conhecer a escola como um dos espaços de atuação, para que possa construir e compartilhar o conhecimento com a comunidade universitária e escolar.

O discurso dos entrevistados sobre o desconhecimento da atuação do fisioterapeuta nas escolas corrobora com os estudos de Silva (2015) e Santos (2015), que também evidenciaram dificuldades e entraves sobre o (re)conhecimento e atuação profissional em ambientes escolares.

A atuação na APS e NASF, bem como a relevância do trabalho interdisciplinar e intersetorial são importantes ações para a criação de estratégias bem-sucedidas para a aproximação do fisioterapeuta com as escolas (SILVA et al 2015).

Rodrigues et al (2014) desenvolveram um estudo com 25 estudantes entre 7 e 11 anos, com média de 8,68, do 5º ano de uma escola de ensino fundamental do município de João Pessoa. A pesquisa foi realizada por acadêmicos do curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, com o tema orientação postural. A atividade foi dividida em dois momentos: no primeiro momento foi apresentado um material sobre desalinhamento corporal, patologias causadas pela má postura e formas de prevenção; no segundo momento se verificou o peso corporal (Kg), o peso da mochila (Kg) e o tipo de mochila. Como resultados, em relação ao peso corporal as crianças tinham em média 26,8 Kg, o peso da mochila 13 (52%) alunos carregavam <1Kg, 1 (4%) entre 1 e 2Kg, 10 (40%) entre 2 e 3Kg e 1(4%) >4kG; quanto ao tipo de bolsas utilizadas 19 (76%) alunos utilizavam bolsas de duas alças, 2 (8%) bolsas de uma alça, 2 (8%) bolsas com carrinho e 2 (8%) levavam o material escolar na mão. Apenas 4 (16%) dos alunos carregavam

acima do peso indicado de 10%. Foram dadas orientações aos alunos acerca do modo ideal de transportar o material escolar pois pode possibilitar que a criança crie consciência do desalinhamento corporal e a corrija.

Prazeres et al (2014) relataram a experiência da participação de alunos de graduação em fisioterapia no Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Lagarto. Oito estudantes de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe contribuíram nas ações realizadas pelo PSE na escola com alunos do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Os discentes foram subdivididos em três grupos, juntamente com os profissionais da equipe e as atividades realizadas foram, aferição de pressão arterial, coletas de dados de IMC, teste de acuidade visual e orientações sobre a postura corporal, inclusive ao utilizar mochilas e qualidade de vida na escola. Logo após as atividades, foi realizada uma discussão visando o feedback entre os alunos e o professor/orientador, a fim de identificar as fortalezas e fragilidades da experiência vivenciada. Observou-se que existe uma ótima relação da equipe de saúde na atuação no PSE e sua importância na promoção e prevenção da saúde. Para os estudantes, a atividade oportunizou além do conhecimento prático, vivenciar a importância da inserção do fisioterapeuta na atenção primária juntamente com a inter-relação entre os profissionais e usuários e o fortalecimento de vínculos e ambientes saudáveis.

Neto et al (2016) desenvolveram um estudo a fim de compartilhar as vivências dos acadêmicos de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba na atuação na perspectiva do Programa Saúde na Escola e a importância dessa prática na formação profissional. Foi realizado uma pesquisa qualitativa, com a técnica de sistematização de experiências em uma escola do município de João Pessoa durante o período de três meses no ano de 2014. Quatro estagiários do oitavo período desenvolveram durante dois meses atividades de educação na escola para aproximadamente 30 crianças. A análise dos discursos dos estagiários apontou que a vivência no programa contribuiu para o crescimento acadêmico e permitiu que eles observassem a importância de uma atuação conjunta com outros setores e permitiu que percebessem como uma atuação no nível da atenção básica dentro do ambiente escolar pode ser transformadora, não apenas para as crianças que participaram da atividade, mas também de todos ao seu redor, sobretudo por ter sido pautada na educação popular.

Os estudos de Rodrigues et al (2014), Prazeres et al (2014) e Neto et al (2016) evidenciaram ações de acadêmicos do curso de Fisioterapia na APS pelo PSE, por meio de avaliações, educação em saúde, trabalho em equipe e a atuações intersetoriais nas escolas. Os pesquisadores perceberam a importância na formação acadêmica dos discentes, bem como o espaço escolar como um importante cenário para a aproximação dos estudantes de fisioterapia com a realidade criando oportunidade para o desenvolvimento do conhecimento, promovendo mudanças significativas em todo seu contexto social. Sendo a principal proposta do PSE a articulação entre educação e saúde, permitindo participação ativa dos estudantes, pais e familiares, professores, equipe escolar e a equipe de saúde, para consolidar e contribuir para a formação integral dos estudantes, permitindo que eles possam reconhecer a importância das atividades de promoção, prevenção e atenção à saúde.

Neste aspecto, a construção conjunta é fundamental para diagnóstico situacional, planejamento, monitoramento, normatização do funcionamento dos serviços e o desenvolvimento de ações inter/intra-setoriais a fim de atender as demandas locais. A construção colaborativa tem como objetivo incluir e engajar os envolvidos nos processos de tomada de decisões, na programação de objetivos, na implementação de projetos e no auxílio da execução de atividades conjuntas. Dessa maneira, o diálogo com as famílias, estudantes, professores e a gestão escolar são de extrema importância para a construção de plano estratégico a fim de alcançar objetivos em comum e promover uma colaboração participativa de todos os envolvidos.

Esses resultados vão de encontro com o discurso de algumas entrevistadas das UBS, EMEI e famílias, pois argumentaram desconhecer as ações em âmbito escolar pelos profissionais da APS, no entanto, vale ressaltar que essas ações são sazonais, itinerantes e com período delimitados de intervenção territorial, o que pode corroborar com o desconhecimento frente as ações permanentes, quando comparado a UBS e PSF, que tem como local físico a construção de intervenções colaborativas envolvendo todos os atores das instituições e setores envolvidos nas ações com a população.

Quais ações gostaria que o Fisioterapeuta realizasse com as crianças na EMEI?

Algumas entrevistadas da UBS relataram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse avaliações e identificação de risco com as crianças.

“Acho que assim identificar algum risco ali dentro daquelas crianças que exigem algo mais de atenção” (ID 3).

“[...] o meu filho quando ele ia na EMEI não tinha fisioterapeuta que identificou nada, eu fui descobrir as coisas, eu sozinha, porque eu observei o meu filho, mas talvez se tivesse um Fisioterapeuta na unidade teria identificado bem mais rápido o problema que ele tem na marcha sabe, na perna e já poderia ter resolvido antes, entendeu” (ID 4).

Uma entrevistada relatou sobre atendimentos respiratórios com as crianças na EMEI.

“Não, apenas uma pergunta, a parte de fisioterapia também é na parte respiratória né? [...] Importante também nas escolas” (ID 9).

Algumas entrevistadas relataram a realização de exercícios e atividades com uso de recursos lúdicos com as crianças.

“Ações, ações, seriam bem exercícios” (ID 1).

“E agora não sei, não sei te responder, porque como se diz é fisioterapia né, eu sei que vocês mexem com bola, com bambolê né, que eu me lembre desses instrumentos [...] Isso, porque eu acho que a criança já adere mais né bola, bambolê, a criança gosta” (ID 2).

Ações de educação em saúde, sobre orientações posturais, uso da mochila e autoconhecimento corporal.

“Do andar correto, da postura, sentam em cima da coluna. Informar que não é legal, que não é bom, né. Informar que a criança quer vir trazer a mochila parece que está trazendo um bicho atrás, longe, lá no pé. Informar para eles que não é legal, que não é bom [...] Acho que seria bacana, principalmente, eu tive um pouquinho só de informação na segunda série e até hoje, aos 47 anos, eu ainda estou me lembrando. Eu falo isso para o meu filho de 7 anos. Está vendo essa bolsa sua? Não pode” (ID 1).

“Gostaria que tivesse uma educação (pausa), educação de postura, educação sobre o corpo da criança, pra ela conhecer o corpo, como que ela se comportar, como sentar, até como deitar” (ID 6).

“[...] acredito que seria na postura, porque sentar na cadeira da escola, senta de qualquer jeito, mais a postura mesmo” (ID 7).

Uma entrevistada relatou sobre ter a contrarreferência do fisioterapeuta na EMEI aos profissionais de saúde da APS.

“Então eu acho que é essa questão da postura, ver o desenvolvimento deles lá, alertar a gente de uma má postura” (ID 8).

Podemos destacar que as entrevistadas da UBS relataram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse avaliações, identificação de risco, atendimentos respiratórios, exercícios e atividades com uso de recursos lúdicos com as crianças. Ações de educação em saúde, sobre orientações posturais, uso da mochila e autoconhecimento corporal. Citaram sobre ter a contrarreferência do fisioterapeuta na EMEI aos profissionais de saúde da APS.

Algumas entrevistadas da EMEI relataram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse avaliações com as crianças.

“Sabe aquela ginástica que você é..., fazer alongamento, olhar se a criança está correta, se o seu corpo está correto, uma avaliação mesmo, ver se está tudo dentro do seu desenvolvimento” (ID 6).

“Eu vejo assim mais quando as meninas, o pessoal vinha mesmo, as atividades que o pessoal aplicavam e a que eles aplicam desde os bebezinhos que eles passam eles veem a forma dele sentar, de engatinhar, eu acho interessante, mas assim ter que especificar eu não tenho muita noção” (ID 15).

Algumas entrevistadas disseram sobre a realização de exercícios e atividades para o desenvolvimento das crianças.

“Eu acho que as crianças ficam muito assim..., como proporcionar para eles algo assim da infância mesmo, movimentos, sabe assim do físico, acho que as crianças ficam muito assim em tablete e celular, eu sei que é a geração deles, mas eles se movimentam pouco” (ID 24).

“Em relação as ações, creio que seria isso mesmo, trabalhar nas habilidades físicas e principalmente nas atividades de vida diária, tem criança que não

tem os movimentos básicos, a coordenação motora fina e até global, então o Fisioterapeuta ajudaria muito” (ID 25).

Relacionaram semelhança das ações do Fisioterapeuta com o profissional de Educação Física no desenvolvimento de atividades com as crianças na EMEI.

“Acho que poderia ser como uma aula mesmo, igual temos de educação física, uma aula dessa forma para ele estar avaliando coisas mais técnicas que a gente não consegue (pausa). Questão de joelho, do pé, do andar (pausa) da postura” (ID 1).

“Ah, em alguns casos... quando a gente percebe que tem alguma dificuldade motora, alguma coisa assim, apesar que a gente tenta trabalhar, o educador físico no caso, tenta trabalhar, dar uma atenção maior para o caso, mas acho que se tivesse a ajuda de um fisioterapeuta seria interessante (ID 11).

Realizar tratamento com as crianças.

“Analisasse a dificuldade de cada um para que os pais pudessem ter rápido. Desenvolver logo um tratamento mais a fundo, mas que tenha esse olhar, de fisioterapeuta na educação” (ID 4).

“Eu acho que é isso mesmo assim, principalmente as crianças que têm um certo tipo de atraso, porque a gente vê que às vezes tem criança que ela é atrasada perto das outras, né, no desenvolvimento. Então acho que seria bacana auxiliar essas crianças aí” (ID 16).

Ações de educação em saúde, sobre orientações do desenvolvimento motor das crianças aos profissionais da escola e aos pais.

“[...] e que também desse orientação para nós professores, para que a gente possa desenvolver com coisas simples, que a gente não tem conhecimento esclarecendo a melhor forma de trabalhar a mão da criança mais firme, segurar o lápis, esse tipo de coisa” (ID 26).

“Essas ações que eu falei pra você, sabe uma análise, nos orientasse, quando indica uma criança para a avaliação nos orientasse se necessita realmente, se tem algum atraso ou se está dentro da normalidade esperada, o que se espera pra idade, orientação para os pais [...]” (ID 27).

Algumas entrevistadas relataram sobre os encaminhamentos intersetoriais (referência/contrarreferência) em rede.

“Essas ações que eu falei pra você, sabe uma análise, nos orientasse, quando indica uma criança para a avaliação nos orientasse se necessita realmente, se tem algum atraso ou se está dentro da normalidade esperada, o que se espera pra idade, orientação para os pais, encaminhamento para outro profissional também, mas aí já entra na orientação para os pais também que necessitar ou não, isso” (ID 27).

Ações em saúde do trabalhador com os funcionários da educação infantil.

“[...] Então esse trabalho também com os profissionais da educação seria válido, porque eu acho que o emocional é muito ligado com o físico, o físico mostra o que a gente está vivendo, então com isso vem as dores, então é um projeto legal para ser desenvolvido nas escolas, não só com os alunos, mas com os funcionários também” (ID 24).

Relataram a importância do Fisioterapeuta na educação infantil com ampliação das ações com as crianças.

“Como eu falei, eu acho que teria que ter pelo menos um fisioterapeuta em cada creche, pra fazer atividades assim na parte motora, coordenação, às vezes, com aquelas crianças que tem mais dificuldade de andar, detectar algum problema” (ID 5).

“Mesma coisa que eu vou falar da resposta antes, acho que tinha que ser ampliado, ampliar esse tipo de atividade nas escolas, principalmente na educação infantil, ser realizado com mais frequência” (ID 25).

“[...] Então eu acho que precisava ser a escola como um todo e em todos os âmbitos, porque a criança, na verdade é desenvolvido uma atividade com a criança de manhã e uma atividade a tarde e as vezes de manhã exige mais concentração, exige mais coordenação motora global e fina, então a dificuldade pode ser outra encontrada com a professora da manhã e professora da tarde (interrupção). Que atendesse todas crianças dos dois períodos, todas as crianças da EMEI, analisando a criança como um todo [...]” (ID 26).

As entrevistadas da EMEI relataram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse avaliações, tratamento, exercícios e atividades para o desenvolvimento das crianças, relacionando assim as ações do Fisioterapeuta com o profissional de Educação Física. Ações de educação em saúde, sobre orientações do desenvolvimento motor das crianças aos profissionais da escola e aos pais. Argumentaram que gostariam que houvesse os encaminhamentos intersetoriais, ações em saúde do trabalhador aos funcionários da educação infantil e sobre a importância do Fisioterapeuta na educação infantil com ampliação das ações com todas as crianças da EMEI.

Uma entrevistada das famílias relatou que gostaria que o Fisioterapeuta realizasse avaliação com as crianças na EMEI.

“Acho que manter uma avaliação com a criança para saber se está tudo bem né. Acho que é preocupação de mãe” (ID 11).

A realização de atividades de estimulação do desenvolvimento motor com as crianças.

“Desenvolvimento e coordenação motora” (ID 14).

“Acho que trabalhar mesmo esse estímulo corporal deles, para eles saberem se mexerem, se locomoverem” (ID 16).

“Acho que poderia auxiliar na parte de coordenação motora, na parte da respiração principalmente agora que eles estão usando máscara, atrapalha bastante” (ID 17).

Desenvolver tratamento com as crianças.

“Ai, e agora... Pensando aqui assim é mais se uma criança tiver alguma dificuldade, né (pausa). Quando a criança nasce com algum probleminha de saúde aí tem que se tratar para acompanhar, né” (ID 10).

Ações de educação em saúde para as crianças e informação ao pais sobre as crianças.

“Acho que seria legal, sabe o que, vamos supor, quando eu era criança tinha o zé gotinha, tipo um teatro ou alguma coisa, pra quem já é maior tem o PROERD, assim voltado para a conscientização, né [...] É que criança se você falar eles não vão entender, mas fazer um teatrinho ou alguma coisa acho que é mais fácil para eles gravarem” (ID 1).

“Ajudasse, conversasse com os pais para ajudar os seus filhos que tem problema, né. Que ajuda os pais, porque às vezes os pais não sabe onde... às vezes tem uma criança com problema sério e traz na escola, tem medo de falar, tem vergonha de expor a criança, aí essas pessoas deviam vir conversar mais com os pais, dar mais um pouco de atenção, né, para ver, principalmente uma criança assim, porque eu já vi cada caso nas escolas muito triste, a gente vê, né” (ID 13).

Uma entrevistada relatou sobre ter o Fisioterapeuta nas escolas.

“Ah, eu acho que deveria ter um profissional em todas as escolas para ajudar. Se uma criança cair, se uma criança se machucar, tiver dificuldade para andar em alguma coisa. Inclusive tem um priminho meu que têm dificuldade muito em colocar um pezinho no chão, eu acho que toda escola deveria ter algum profissional para ajudar nesse sentido” (ID 18).

E a semelhança das ações do Fisioterapeuta com o profissional de Educação Física com as crianças na EMEI.

“Gente, vocês pegaram uma pessoa que não tem muito isso. Eu não sei o que eu gostaria, de fisioterapia, na escola, com as crianças. Porque essa parte de alongamento é a educação física né, fisioterapia eu não sei” (ID 15).

As famílias relataram que gostariam que o Fisioterapeuta realizasse avaliação, atividades de estimulação do desenvolvimentos motor e tratamento com as crianças. Ações de educação em saúde para as crianças e informação ao pais sobre elas, assemelhando as ações do Fisioterapeuta com o profissional de Educação Física com as crianças na EMEI e disseram também sobre ter o Fisioterapeuta nas escolas para o desenvolvimento das ações com as crianças.

As entrevistadas relataram que gostariam que o fisioterapeuta realizasse avaliação, atendimentos, tratamento, prática exercícios e/ou a realização de movimentos, estimulação do desenvolvimento motor com as crianças na EMEI, encaminhamentos intersetoriais e ações em saúde do trabalhador aos funcionários da educação infantil, assim reforçando o conhecimento dos entrevistados sobre a atuação profissional o qual foi discutido anteriormente.

As funcionárias da UBS, EMEI e famílias argumentaram que gostariam que o Fisioterapeuta desenvolvesse ações de educação em saúde, sobre orientações posturais, uso da mochila e autoconhecimento corporal com as crianças na EMEI. Viçosa et al (2018) avaliaram os efeitos de uma intervenção de promoção da saúde, por meio da educação postural, voltada para escolares do Ensino Fundamental. A pesquisa foi desenvolvida com 32 estudantes do 6º ano de uma escola municipal da cidade de Uruguaiana e ocorreu em quatro etapas (queixas álgicas, hábitos posturais, educação postural, dados antropométricos do Índice de Massa Corporal). Os resultados indicaram que todos os alunos apresentaram queixas álgicas em diversas situações do cotidiano escolar, em relação ao peso da mochila, cinco educandos apresentaram mochilas com peso superior a 10% do peso corporal, quanto aos hábitos posturais adequados, observou-se que o índice de respostas corretas dos estudantes aumentou de forma estatisticamente significativa após a intervenção de educação postural.

Pereira et al (2020) analisaram a compreensão de 89 escolares sobre os hábitos posturais do 2º ao 5º ano, durante cinco encontros, por meio de aplicação de uma cartilha antes e depois das ações educativas. Sobre a percepção da mochila mais adequada, antes da ação educativa 95,6% responderam a mochila de alça larga, após ação educativa esse número aumentou para 97,8%. Em relação ao conhecimento das regiões da coluna, antes 2,2% acertaram cinco assertivas, após aplicação aumentou para 64,1%. Quanto aos principais desvios posturais, antes da aplicação 10,0% dos alunos acertaram todos os desvios, após aplicação o número se expandiu para 94,30%. A percepção sobre a maneira correta de carregar a mochila escolar, antes da aplicação o número de acerto foram 95,60%, após aplicação o número ampliou para 98,9%. Sobre o peso correto da mochila escolar, antes da aplicação 27,8% acertaram, após aplicação o número se expandiu 93,30%.

Os estudos acima reforçam a importância das ações educativas em saúde como estratégia dentro das escolas afim dos educandos ampliarem seus conhecimentos e fornecer subsídios para que adotem boa postura desde a infância e assim minimizar os riscos de lesões musculoesqueléticas e alterações posturais, tornando-se agentes ativos e responsáveis na promoção da saúde e prevenção de patologias na coluna vertebral.

Esses achados corroboram com os discursos de alguns entrevistados da UBS, EMEI e famílias, sobre ações de educação em saúde, por meio de prevenção e promoção a saúde postural dos alunos na EMEI.

As funcionárias da EMEI e os familiares dos alunos relataram sobre o desejo do fisioterapeuta realizar orientações aos professores e aos pais sobre o desenvolvimento motor das crianças. Guimarães et al (2015) avaliaram a clareza e objetividade de uma cartilha acerca do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de zero a seis anos por meio da análise de professores de creches, fisioterapeutas e cuidadores (pais). Participaram do estudo 23 sujeitos, sendo sete cuidadores, sete professores e nove fisioterapeutas. A grande maioria dos participantes da pesquisa avaliou a cartilha como boa ou ótima (96%) e todos os participantes (professores, cuidadores e fisioterapeutas) afirmaram que a aplicação deste material favoreceria a estimulação do desenvolvimento das crianças.

Oliveira et al (2012) avaliaram alterações existentes no desenvolvimento motor de bebês do Programa Estratégia de Saúde da Família do município de Sapucaia do Sul, a partir de orientações aos pais e ou cuidadores em um programa interventivo de fisioterapia no contexto familiar por um período de três meses no ano de 2009. Foi realizado uma pesquisa quanti/qualitativa, experimental, prospectiva e longitudinal, o qual participaram 22 bebês, entre dois e dezesseis meses de idade, dos quais 11 eram do sexo feminino (50,0%), divididos em dois grupos, sendo 11 bebês no grupo interventivo (GI) e 11 bebês no grupo controle (GC), por um período de oito semanas, sendo avaliados no início e no fim da pesquisa. As mães do GI receberam orientações de um programa de fisioterapia para bebês e de mudanças no contexto a cada semana, com um total de 40 atividades orientadas. Entre as atividades estavam, estimular o bebê a procurar um brinquedo com som ou com cores fortes, deixar o bebê manipular o brinquedo, colocar o bebê em pronação e deixar brinquedos a seu alcance, rolar com o bebê utilizando a ajuda de brinquedos, brincar sentado em um espaço externo da casa, estimular o bebê a se deslocar, brincar de escalar móveis e ficar em pé e sempre presente em todas as semanas, convidar o bebê para brincar e elogiá-lo. O grupo controle (GC) não realizou atividades orientadas recebendo as mesmas instruções somente ao final de oito semanas. Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram, *Alberta Infant Motor Scale (AIMS)*, para avaliar o desenvolvimento motor dos bebês, o questionário *Affordances in the Home Environment for Motor Development – Infant Scale (AHEMD)*, para avaliar o ambiente, e uma ficha em que o cuidador do bebê do GI deveria marcar uma das três opções: a) realizou até três vezes as atividades; b) realizou mais de três vezes; e c) não realizou. Os instrumentos de AIMS e AHEMD foram realizados no início e no final do programa. Sobre o

desenvolvimento motor, quando comparado o GC do início e do final não houve diferença significativa ($p=0,889$); já no GI, verificou-se diferença significativa entre o pré e a pós-intervenção ($p=0,029$). Na comparação entre os grupos no programa não houve resultado significativo no pré ($p=0,699$) e pós ($p=0,151$) entre o GI e o GC. Os resultados do estudo sugerem que bebês, quando estimulados de maneira correta em ambiente familiar, desenvolvem maior qualidade em seu aprendizado motor.

Os estudos de Guimarães (2015) e Oliveira (2012) discutiram sobre como ações de educação em saúde para os responsáveis do cuidado familiar e educação, os quais influenciam positivamente no desenvolvimento motor das crianças. Esses achados ratificam com as informações declaradas pelas entrevistadas da EMEI e pelas famílias dos alunos, que esperam que o fisioterapeuta realize orientações sobre desenvolvimento motor aos envolvidos no cuidado das crianças, como os profissionais de educação e aos responsáveis. Os estudos supracitados desenvolveram pesquisas com métodos diferentes, pesquisa quantitativa e qualitativa, avaliação de material de educação em saúde, execução de intervenções com GI e monitoramento do GC, o que difere quanto aos resultados obtidos. Ambos os estudos observaram sobre a importância de estimulação adequadas aos bebês, os quais foram obtidas por meio de orientações em saúde. No entanto a pesquisa de Oliveira et al (2012) utilizaram um método de comparação sobre o quanto o desenvolvimento motor em ambiente familiar influenciou no aprendizado motor das crianças, sendo realizada entre dois grupos distintos, sendo que o GC não recebeu orientações iniciais. Estudos de ensaio clínicos controlado são desenvolvidos a fim de comparar os efeitos de uma intervenção com outro grupo que apresenta características semelhantes, para fornecer um padrão ou referência, que permite avaliar se a intervenção teve algum efeito ou não.

A pesquisa de Guimarães et al (2015) realizaram um estudo com o objetivo de analisar o impacto de uma cartilha de orientações pela avaliação de três públicos distintos sobre o desenvolvimento motor das crianças, porém não foi um ensaio clínico com GC/GI, o que pode justificar os resultados diferentes, pois há limitações da pesquisa, em estabelecer que as mudanças ocorridas forma exclusivamente da intervenção proposta, visto a diferença no método.

As funcionárias da EMEI e os familiares dos alunos argumentaram sobre importância do Fisioterapeuta na avaliação, estimulação do desenvolvimento motor, das crianças na

educação infantil. Graniço et al (2019) realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de promover a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em uma creche municipal de Teresópolis. Foram realizados cinco encontros com frequência de uma vez por semana com a duração de 1h30 minutos. As crianças foram divididas em seis grupos, sendo estes grupos responsáveis por avaliar e estimular as atividades neuropsicomotoras, tendo em média 15 crianças por grupo e foram realizadas rodas de conversa com os professores, coordenadores e diretores. A gestão, professores/agentes da creche, responsáveis e exposto pelas crianças, relataram que a avaliação, quanto a abordagem às crianças, foram extremamente bem recebidas e elogiadas. Além disso, as rodas de conversa foram muito ricas tanto para orientar as atividades, quanto para esclarecer dúvidas quanto a questões do desenvolvimento motor.

Moreira et al (2017) relataram em seu estudo a experiência acadêmica em uma escola privada de Chapecó, Santa Catarina. Foram realizadas intervenções fisioterapêuticas nas turmas do 4º e 5º ano, sendo cinco visitas na escola com duração de 50 minutos. O primeiro dia, foi efetuado a territorialização do espaço e a pesagem das mochilas dos alunos e o peso corporal, nos demais dias foram realizadas intervenções focados nos conceitos de saúde, importância dos alongamentos, trabalhos de coordenação motora, equilíbrio, e propriocepção, e também foram realizadas temáticas de educação em saúde como a reeducação postural demonstrando as posturas corretas a serem adotadas em sala, os temas foram abordados de uma forma dinâmica e lúdica. Ao término das intervenções foram pesadas as mochilas para realizar as comparações entre o primeiro e último dia. Participaram da pesquisa 32 alunos sendo que apenas 27 foram validados por comparecerem no primeiro e no último dia. Percebeu-se que a grande maioria dos alunos apresenta o peso das mochilas acima do recomendado, pois carregam materiais em excesso, como brinquedos, lanches, livros de colorir e adereços. O peso encontrado nas mochilas variou de 2,100 até 6,700 kg e das crianças 19,00 kg até 51,500 kg. A turma do 4º ano, após as intervenções realizadas apresentou diminuição no peso das mochilas, sendo que a sua porcentagem na primeira pesagem relacionada com a massa corporal era de 10% após a intervenção a relação era de 8,5% do peso corporal. No 5º ano a relação peso da mochila/massa corporal era 11,9% após intervenção era de 11,7%. Os pesquisadores observaram ao final das intervenções o aproveitamento das informações por alunos e professores, assim como a importância do fisioterapeuta dentro do ambiente escolar.

Os estudos acima citados foram desenvolvidos em uma creche municipal e escola privada, no entanto apresentam semelhanças quanto a importância do fisioterapeuta nas escolas, pelo relato da gestão, professores e alunos. Esses resultados corroboram com os discursos de algumas funcionárias da EMEI e os familiares sobre as ações do fisioterapeuta com as crianças na EMEI.

Este fato, declara a importância de abordar na formação do estudantes em Fisioterapia disciplinas e atividades práticas, seja por projetos de extensão ou estágio curricular, promovendo vivência e experiência nas escolas, desde uma construção conjunta frente as demandas e necessidades das famílias, estudantes, gestão escolar e professores sobre as ações em que o acadêmico e futuro fisioterapeuta possa desenvolver e assim contribuir com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e atuação intersetorial, quando necessário trabalho em rede.

Os argumentos sobre o que gostariam que o fisioterapeuta realizasse com as crianças na EMEI ratificam com os achados nos estudos supracitados, ou seja, as expectativas das ações com as crianças foram descritas nas pesquisas e estudos de maneira concomitante ou independente, o que reafirma a importância da percepção das entrevistadas sobre o papel e atuação do fisioterapeuta nas escolas.

É necessária uma ampliação quanto ao olhar do estudante e profissional fisioterapeuta transpondo o nível terciário, com foco na reabilitação, para ações primárias, de prevenção e promoção da saúde, precisando romper barreiras sobre os espaços de atendimentos, como os consultórios, clínicas, hospitais e centros de reabilitação, para execução de ações em unidades de saúde, escolas, centros esportivos, entre outros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se então que o fisioterapeuta é (re)conhecido como profissional que atua no campo da reabilitação e recuperação da saúde e ações de educação em saúde, com foco na prevenção terciária, no entanto, sobre a atuação em escolas as entrevistadas relataram desenvolver ações de prevenção de agravos à saúde e promoção da saúde, com atuação semelhante ao profissional de Educação Física.

Foi evidenciado o desconhecimento do fisioterapeuta por algumas entrevistadas dos três públicos (profissionais da UBS, EMEI e familiares), retratando a falta de informação da população sobre a atuação profissional, sobre os serviços da APS e da possibilidade do fisioterapeuta desenvolver ações no campo da saúde da criança no ambiente escolar, como em creches e escolas públicas.

Esses achados estão relacionados a estrutura organizacional e as ações de saúde desenvolvidas no município, pois retratam a deficiência nos serviços da APS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, S. S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem na unidade básica de saúde.** Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ABREU JUNIOR, L. M.; GUIMARÃES, P. C. D.; CARVALHO, E. V. Por uma análise foucaultiana do poder e da ordem dos discursos sobre o higienismo na educação brasileira (1925-1930). *In: Anais do V Congresso De Pesquisa E Ensino De História da Educação em Minas Gerais*, Montes Claros, 05 a 07 de maio de 2009. p. 227-233.

AGUIAR, M. A. S. **AVALIAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO 2001-2009: QUESTÕES PARA REFLEXÃO.** Educ. Soc., Campinas, v. 31, n. 112, p. 707-727, jul.-set. 2010.

AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde – breve história da política de saúde do Brasil. *In: SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.* 2 ed. São Paulo: Martinari, cap. 1, pág. 14-40, 2015.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, S. M.; MARTINS, A. M.; ESCALDA, P. M. F. **Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia.** *Fisioter Pesq*, Brasília, n. 3, v. 21, p. 271-278, 2014.

ALTOÉ, A. A. M. **Condições ergonômicas laborais para os trabalhadores de enfermagem em Terapia Intensiva: orientações sobre posturas adequadas.** Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2013. Disponível em <[Anna Alice Moreira Altoé.pdf](#)> Acesso em 03 de julho de 2022 as 11:26.

ANDRADE, L. B. P. A. **Educação Infantil, discurso, legislação e práticas institucionais.** Tese de Doutorado em Serviço Social, Faculdade de História, Direito e Serviço Social - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2008.

ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O.; VILELA, A. B. A.; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S. **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, pág. 672-680, out/dez., 2013.

ARAÚJO, R. M. B. **A educação infantil e o Plano Nacional de Educação.** In: TEIXEIRA, Lúcia Helena Gonçalves. (Org.). LDB e PNE: desdobramentos na política educacional brasileira. São Bernardo do Campo: Unesp, 2002. p. 55-66. (Cadernos Anpae, 1).

AUGUSTO, V. G.; AQUINO, C. F.; MACHADO, N. C.; CARDOSO, V. A.; RIBEIRO, S. **Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, n. 16, v. 1, pag. 957-963, 2011.

BARBOSA, I. G.; ALVES, N. N. L.; SILVEIRA, T. A. T. M.; SOARES, M. A. **A educação infantil no PNE: novo plano para antigas necessidades.** Revista Retratos da Escola, v.8, n.15, p.505-518, 2014.

BARBOSA, R. S. C.; FERNANDES, S. G. C.; FURTADO, C. A.; COUTO, L. G.; DUARTE, C. P.; ALVES, D. P. A. **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: FERRAMENTA PARA O PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 43, n. 3, p. 719-729 jul./set. 2019.

BARRETO, A. M. R. F. **A educação infantil no contexto das políticas públicas.** Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, v. 8, n. 24, p. 53-65, set./dez. 2003.

BARROS, F. B. M. **Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950.** Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, n.3, v. 13, Maio/Junho, 2008.

BATISTA, R. **A emergência da docência na Educação Infantil no estado de Santa Catarina: 1908 – 1949.** 198f. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

BATISTA, R.; ROCHA, E. C. Docência na educação infantil: origens de uma constituição profissional feminina. **Zero-a-seis**, v. 20, n. 37, p. 95-111, 2018.

BAUER, C.; SEVERINO, A. J. **Plano Nacional de Educação (PNE) 2014- 2024: compromissos, desafios e perspectivas.** Revista EcooS, São Paulo, n.36, p.11-15, 2015.

BELTRÃO, I. R. **Corpos dóceis, mentes vazias, corações frios. Didática: o discurso científico do disciplinamento.** São Paulo: Imaginário, 2000.

BEZERRA, L. R.; SÁ, E. C. **Intervenção ergonômica destinada a auxiliar professores no procedimento da troca de fraldas em centro de educação infantil em São Paulo.** Saúde, Ética & Justiça, v. 23, n. 2, pág. 75-78, 2018.

BISPO JÚNIOR, J. P. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação.** História, Ciências e Saúde, Rio de Janeiro, n. 3, v. 16, jul.-set., p.655-668, 2009.

BITENCOURT, C. L.; QUELHAS, O. L. G. **Histórico da evolução dos conceitos de segurança.** Niterói, Rio de Janeiro, 1998.

BITTAR, M; SILVA, J.; MOTA, M. A.C. Formulação e implementação da política de educação infantil no Brasil. **In: Educação infantil, política, formação e prática docente.** Campo Grande, 2003.

BONFIM, M. J. C. D. **O PATRIARCA TRADICIONAL E SUAS RELAÇÕES SOCIAIS NA VISÃO DE GILBERTO FREYRE.** 18ª Semana de Mobilização Científica – Direitos Humanos, Ética e Dignidade, 2015.

BRAGHINI C.C.; FERRETTI, F.; FERRAZ, L. **Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff.** *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 29, n. 4, pág. 767-776, oct./dec., 2016.

BRANCO, J. C.; GIUSTI, P. H.; JANSEN, K. **PREVALÊNCIA DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES ENTRE PROFESSORES E SUAS CONDIÇÕES ERGONÔMICAS.** *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, v. 25, n. 1, pág. 45-51, jan./mar., 2012.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

_____. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016.**

Altera o ato das Disposição Constitucionais Transitórias, para institui o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 15 dez., 2016.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, 1990.

_____. IEC/FIOCRUZ. **Promoção da saúde.** Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012.**

Regulamenta o art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 jan., 2012.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Brasília, 1996.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 5692.** Brasília, 1996a.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394**. Brasília, 1996b.

_____. **Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2014.

_____. **Ministério da Educação**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Os desafios do Plano Nacional de Educação. Brasília, DF: MEC/INEP, 2004.

_____. **Ministério da Educação**. Lei 13.005 de 25 de junho de 2014 (PNE). Diário Oficial da União - Seção 1 – Brasília, DF, Edição Extra, 2014.

_____. **Ministério da Educação e do Desporto**. Secretaria de Educação Fundamental. Referencial curricular nacional para a educação infantil / Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Fundamental. Brasília, 1998.

_____. **Ministério da Justiça**. Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. Niterói: Ministério da Justiça/Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; Associação Fluminense de Reabilitação. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa do grupo de contas de saúde aponta que gasto corrente com saúde no Brasil aumentou em 25,1% entre 2015 e 2019**. Disponível em <[_____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança \(PNAISC\) no âmbito do Sistema Único de Saúde \(SUS\). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015b. Seção 1, p. 37. Disponível em: <\[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html\]\(http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html\)>. Acesso em: 01 de maio de 2021.](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/pesquisa-do-ipea-aponta-que-investimentoemsaude-no-brasil-aumentou-25-1-entre2015e2019#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20dados,bens%20e%20servi%C3%A7os%20do%20pa%C3%ADs.> Acesso no dia 27 de junho de 2022 às 17:54.</p></div><div data-bbox=)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 29 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, 12 nov., 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica, n. 39, 2014._____. Nota Técnica nº 3, de 20 de janeiro de 2020. Ministério da Saúde. Secretaria de **Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**. Brasília, DF, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS - Trabalho e Redes de Saúde**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Promoção da saúde: 1998**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília: 2002.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília, 1997b.

_____. **Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**. Brasília, 1997a.

BULATY, A.; PIETROBON, S. R. G. Perfil dos professores da educação infantil: Estudo de um município do interior do Paraná². **Educação no Século XXI-Volume 35 Leitura, escrita, formação docente**, pág. 19, 2015.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde da Família**. Promoção da Saúde, dez. de 2002.

_____. **Promoção da Saúde na infância e adolescência**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 1, n. 3, p. 279-282, set./dez. 2001.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pag. 77-93, 2007.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. **Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não!** *Saúde e sociedade*, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

CARDON, G.; DE CLERCQ, D.; DE BOURDEAUDHUIJ I. **Back education efficacy in elementary schoolchildren**. Spine, v. 27, n. 3, pág. 299-305, 2002.

CARTA DE OTTAWA. **I Conferência Internacional de Promoção de Saúde (Ottawa/Canada)**, 1986.

CARVALHO, M. R. V. Perfil do professor da educação básica. **Relatos de Pesquisa**, n. 41, pág. 68-68, 2018.

COFFITO. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Curitiba, 2009.

_____. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Curitiba, 2022.

_____. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Resolução nº. 337, de 08 de novembro de 2007**. Curitiba, 2007.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO. **Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho**. Lex: coletânea de legislação: edição federal, São Paulo, v. 7, 1943.

CORBUCCI, P. R. **Financiamento e democratização do acesso à educação superior no Brasil: da deserção do Estado ao projeto de reforma**. Educação & Sociedade, Campinas, v.25, n.88, p.677-701. 2004.

CUNHA, C. C.; GOMES, L. N. L. S. DUARTE, FERNANDES, P. H. P. D.; CARVALHO, F. R. P; Prevalência de lesões musculoesqueléticas em atletas de voleibol feminino. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, pág. 1-22, 2021.

DAHER, D. V.; SANTO, F. H. E.; ESCUDEIRO, C. L. **CUIDAR E PESQUISAR: PRÁTICAS COMPLEMENTARES OU EXCLUDENTES?** Rev Latino-am Enfermagem, v. 10, n. 2, março-abril, pág.145-50, 2002.

DAVID, M. L. O.; RIBEIRO, M. A. G. O.; ZANOLLI, M. L.; MENDES, R. T.; ASSUMPÇÃO, M. S.; SCHIVINSKI, C. I. S. **Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, jan/mar; n. 96, v, 37, pag. 120-129, 2013.

DELEUZE, G. **Foucault.** São Paulo. Brasiliense. 2006.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações.** São Paulo: Manole; 2002.

DIAS, L. R. **Fatores de riscos psicossociais e aspectos ergonômicos no trabalho de professores de Educação Especial.** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE TECNOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. Tese (Mestrado) - Curso de Florianópolis – SC, 2019.

DIBAI FILHO, A. V.; CHAVES, M. A. **ATUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA ENTRE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA- AL, BRASIL.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 25, n. 4, pág. 397-404, out./dez., 2012.

DIDONET, V. **A educação infantil no Plano Nacional de Educação.** Amae Educando, Belo Horizonte, v. 36, n. 316, p. 6-10, 2003.

_____. Creche: a que veio, para onde vai. **In: Educação Infantil: a creche, um bom começo.** Em Aberto/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília, n. 73, v. 18, p.11-28, 2001.**Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.** Resolução N° CNE/CES. Fevereiro, 2002.

DOURADO, L. F. **Avaliação do Plano Nacional de Educação 2001-2009: questões estruturais e conjunturais de uma política.** Educação & Sociedade, v. 31, n. 112, p. 677-705, 2010.

_____. Plano Nacional de Educação como política de Estado: antecedentes históricos, avaliação e perspectivas. In: DOURADO, Luiz F. (Org.). Plano Nacional de Educação (2011-2020): avaliação e perspectivas. Goiânia: Editora UFG/Autêntica, 2011.

ESCOLAS. **EMEI Professor Paulo Roland Lordello.** Disponível em: ><https://www.escol.as/270988-paulo-roland-lordello-professor>> Acesso dia 16 de agosto às 15:36.

ESTADÃO. **O que é a PEC Kamikaze? Entenda a proposta aprovada do Congresso.** Disponível em <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,entenda-pec-kamikaze-aprovada-congresso-npre,70004115695>>. Acesso em 29 de julho de 2022 às 8:24.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FARIA, N.; NOBRE, M. **"O que é ser mulher? O que é ser homem? Subsídios para uma discussão das relações de gênero."** Gênero e educação: caderno para professores. São Paulo, Secretaria Municipal de Educação, pág. 29-42, 2003.

FELÍCIO, L. R.; MORAIS, R. L. S.; TOLENTINO, J. A.; AMARO, L. L. M.; PINTO, S. A. **A QUALIDADE DE CRECHES PÚBLICAS E O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM DESVANTAGEM ECONÔMICA EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO JEQUITINHONHA: UM ESTUDO PILOTO.** Revista Pesquisa em Fisioterapia, Salvador, v. 2, n. 2, pág. 70-82, dez. 2012.

FERRARI, A. **A modernidade como nossa herança educacional. Instrumento: revista de estudo e pesquisa em educação.** Universidade Federal de Juiz de Fora, Colégio de Aplicação João XXIII. v. 5, n. 1, Juiz de Fora, p. 11-27, julho/2003.

FERRARI, A.; DINALLI, W. **HERANÇA MODERNA DISCIPLINAR E CONTROLE DOS CORPOS: QUANDO A ESCOLA SE PARECE COM UMA "GAIOLA".** Educação em Revista, Belo Horizonte, v.28, n.02, p.393-422, jun. 2012.

FERREIRA, G. S. **Políticas públicas de inclusão na educação infantil: Um estudo em creches do município de Franca.** Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2016. Disponível em:

>https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/138180/ferreira_gs_me_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso dia 18 de agosto de 2020 às 21:06.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. **Atenção primária e promoção da saúde.** Secretaria de Políticas de Saúde, 2001.

FERRETTI, F.; NIEROTKA, R. P.; BRAGHINI, C. C.; TEO, C. R. P. A.; FERRAZ, L.; FANTICELLI, M. L. **Physical therapist insertion in the Family Health Strategy team: the users' view.** Fisioter. Mov., Curitiba, v. 28, n. 3, pág.485-493, july/sept, 2015.

FONTENELLE, J. P. **Compendio de Hygiene.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1940.

FOUCAULT, M. **Os anormais,** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Vigiar e punir: história das violências nas prisões.** 9 ed. Petrópolis:Vozes, 1991.

FREIRE, G. **Casa Grande e Senzala.** 22. ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1983.

_____. **Sobrados e Mocambos.** São Paulo: Global Editora, 2003.

FREIRE, L. A.; SOARES, T. C. N.; TORRES, V. P. S. **Influência da ergonomia na biomecânica de profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar.** Perspectivas Online: Biológicas e Saúde, v.7, n.24, pág. 72-80, 2017.

FREIRE, L. P. V.; SALES, W. B.; BARBOSA, D. S.; MORAIS, J. D. **As atribuições do fisioterapeuta do Núcleo Ampliado a Saúde da Família e Atenção Básica no município de Lucena-PB.** Arch Health Invest (2020) 9(1):67-73, 2020.

FREITAS, C. S.; PIVETTA, H. M. F. **Fisioterapia na Atenção Básica: um relato de experiência.** Experiência, Santa Maria, UFSM, v. 3, n. 1, p. 58-75, jan./jul. 2017.

FUNDAÇÃO HERMINIO OMETTO, UNIARARAS. Disponível em: <<http://www.uniararas.br/nossa-historia/>>. Acesso dia 02 de setembro de 2019 às 10:03.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Educação em Saúde - Diretrizes**. 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **10th Global Conference on Health Promotion**. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/10a-conferencia-global-de-promocao-da-saude#:~:text=Terminou%20hoje%2C%2015%2F12%2F,apoio%20dos%20Emirados%20C3%81rabes%20Unidos>. Acesso dia 04 de fevereiro de 2023 as 14:24.

GAINO, M. R. C.; MOREIRA, R. T. **Manual prática de Cinesioterapia: Terapia pelo Movimento**. Roca: São Paulo, cap. 1, pág. 3-7, 2010.

GALAVOTE, H. S.; FRANCO, T. B.; FREITAS, P. S. S.; LIMA, E. F. A.; GARCIA, A. C. P.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. **A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, pág. 988-1002, 2016.

GANZELI. **Plano nacional de educação: implicações para a educação infantil**. Revista Exitus, Belém, v. 2, n. 2, p. 77-102, jul./dez. 2012b.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. **Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, pág. 296-304, abril/jun, 2014.

GIL, M. **O perfil dos Professores de educação infantil da Cidade do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado) __ Programa de Pós-graduação em Educação-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

GLOBO. **PEC Kamikaze é aprovada, e governo poderá turbinar benefícios sociais na eleição**. Disponível em <<https://g1.globo.com/politica/ao-vivo/pec-kamikaze-votacao-na-camara.ghtml>>. Acesso dia 29 de julho de 2022 às 8:15.

GÓIS JUNIOR, E. LOVISOLO, H. R. **Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX**. Revista Brasileira de Ciências do Esporte. Curitiba, v.25, n.1, p.41- 54, set. 2003.

GOLDENSTEIN, M. **The Health Movement**. New York: Twayne Publisher, 1992, 125 p.

GONÇALVES, F. D.; CATRIB, A. M. F.; VIEIRA, N. F. C.; VIEIRA, L. J. E. S. **A promoção da saúde na educação infantil**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 181-92, jan./mar. 2008.

GRANIÇO, A. S.; MARTINS, A. C. G.; MOUTEIRA, L. M.; GONÇALVES, R. H. T. **B. PROMOÇÃO DE SAÚDE E ESTIMULAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE CRIANÇAS EM UMA CRECHE MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS – RJ**. [Anais do XXIX Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e VI Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia](#), v. 6 n. 12, 2019.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2ª ed. rev. atual. São Paulo: Loyola, 2004.

GUIMARÃES, F. A. B.; ASSIS, C. D.; VIEIRA, M. E. B.; FORMIGA, C. K. M. R. **AVALIAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO ELABORADO PARA ORIENTAÇÃO DE CUIDADORES E PROFESSORES DE CRECHES SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 1, pág. 27-40, 2015.

HARADA, J.; MATTOS, P. C. A.; PEDROSO, G. C.; MOREIRA, A. M.M.; GUERRA, A. B.; SILVA, C. S.; NEVES, M. B. P; SANTOS, M. L. M. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cadernosbpfinal.pdf>. Acesso em 28 set. 2021.

HARADA, J. **Escola que promove saúde**. *Revista da Universidade Federal de Minas Gerais*, v. 16, n. 7, nov., 2008.

HEIDMANN I. T. S. B.; ALMEIDA M. C. P.; BOEHS A.E.; WOSNY A. M.; MONTICELLI M. **PROMOÇÃO À SAÚDE: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE SUAS CONCEPÇÕES**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 2, pág. 352-8, abr-jun 2006.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec, 1998.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, Campinas, SP, n. 55, p. 30-41, nov. 2001.

HORA, D. M. **Racionalidade médica e conhecimento escolar: a trajetória da biologia educacional na formação de professores primários**. 2000. 338f. Tese (doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

IBGE. Censo Demográfico (IBGE), 2010. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso dia 26 de julho de 2022 às 10:25.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso dia 16 de agosto de 2020 às 16:09.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. **Boletim n. 1/2022 - Orçamento da Saúde**. Disponível em <<https://ieps.org.br/novo-presidente-recebera-orcamento-da-saude-para-2023-com-queda-significativa-em-programas-do-sus-revela-boletim-do-ieps-e-da-umane/>> Acesso dia 12 de novembro de 2022 as 14:45.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **Promoción de la Salud en las Escuelas: Escuelas Promotoras de la Salud. Presentación en Taller Internacional de Salud Escolar**. Convención Internacional de Salud Pública. La Habana, Cuba, 2002.

KISNER, Carolyn; COLBI, Lynn Allen. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. 3. Ed. São Paulo: Manole, 1998.

KRAMER, S. **A política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

KUHLMANN JR., M. **Infância e educação infantil: uma abordagem histórica**. Porto Alegre: Mediação, 1998.

_____. O jardim de infância e a educação das crianças pobres: final do século XIX, início do século XX. In: MONARCHA, Carlos, (Org.). **Educação da infância brasileira: 1875- 1983**. Campinas, SP: Autores Associados, 2001. p. 3-30 (Coleção educação contemporânea).

LANGONI, C. S.; VALMORBIDA, L. A.; RESENDE, T. L. **A INTRODUÇÃO DE ATENDIMENTOS POR FISIOTERAPEUTAS EM UNIDADES DA ATENÇÃO**

PRIMÁRIA EM SAÚDE. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 25, n. 3, pág. 261-270, jul./set., 2012.

LARROSA, J. **Tecnologias do eu e Educação.** In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). O sujeito da Educação: estudos foucaultianos. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p. 35-86.

LEHMAN, J. F. & MEHRENS, W. A. **Educational research; readings in focus.** New York, Holt, Rineart & Winston, 1971.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C.; SOUZA, M. H. N.; MACIEL, E. L. N. Perfil Socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, pág. 9405, 2016.

MARAFON, D. **Educação infantil no Brasil: Um percurso histórico entre as idéias e as políticas públicas para a infância.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação) Pontifícia Universidade Católica- PUC-PR/FATEB, São Paulo, 2012. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=813859095519347265&hl=ptBR&as_sdt=0,5. Acesso dia 17 de agosto de 2020 às 20:30.

MARQUES, A.P.; SANCHES, E. L. **Origem e evolução da Fisioterapia: aspectos históricos e legais.** Rev. Fisioter. Univ., São Paulo, v.1, n., pag. 5-10, jul./dez., 1994.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde e Sociedade**, v. 20, pág. 900-911, 2011.

MARTINELLO, M.; NAZARIO, P. F.; MARQUES, L. Z.; RIES, L. G.; LANDO, C. **Avaliação do desenvolvimento motor de crianças matriculadas em creches públicas.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 37, n. 2, pág. 155-162, abr./jun. 2011.

MASSUDA, A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, pág. 1181-1188, 2020.

MEYER, P. F.; COSTA, I. C. C.; GICO, V. V. **Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.877-890. 2006.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. **Política nacional de educação infantil**. Brasília, 2006.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010.

_____. **Discurso da Ministra da Saúde, Nísia Trindade, durante a cerimônia de posse**. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/confira-o-discurso-da-ministra-da-saude-nisia-trindade-durante-a-cerimonia-de-posse>> Acesso dia 09 de janeiro de 2023 as 10:50.

_____. **Indicadores do PMAQ: NASF**. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/noticia/2473#:~:text=Os%20N%C3%BAcleos%20de%20Apoio%20%C3%A0,e%20o%20alvo%20das%20a%C3%A7%C3%B5es>. Acesso dia 07 de junho de 2023 as 14:27.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. **Política Nacional de Promoção a Saúde**. 3ª ed. Brasília, 2010.

_____. **Secretaria da Atenção Primária à Saúde**. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília, 2020. MOREIRA, J. A. S.; LARA, A. M. B. **Políticas públicas para a educação infantil no Brasil (1990-2001)**. Eduem - Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO. **Caderno Gestor do PSE: Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2015.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA. **Norma Regulamentadora, NR 17 – ERGONOMIA**. Publicação D.O.U. Portaria SIT n.º 13, de 21 de junho de 2007.

MONT'ALVERNE, D. G. B.; CATRIB, A. M. F. **Promoção da saúde e as escolas: como avançar**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 26, n. 3, jul. set., 2013, p. 307-308.

MOREIRA, H. S. B.; LIMA, A. C.; VILAGRA, J. M.; MELIN, M. B. **UM OLHAR DA FISIOTERAPIA NO ATRASO DO DESENVOLVIMENTO MOTOR EM CRECHES PÚBLICAS.** Revista Varia Scientia, v. 9, n. 15, pág. 27-34, 2010.

MOREIRA, W.; ZORZI, T.; ROVE, F. A.; DALLAGNESE, R. **INTERVENÇÕES FISIOTERÁPICAS E AVALIAÇÃO DO PESO DAS MOCHILAS DO 4º e 5º ANO DE UMA ESCOLA PRIVADA.** I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde - Em defesa do sistema universal de saúde, v. 1 n. 1, 2017.

MÜLLER, T. M. P. Os conceitos de criança e de anormal e as práticas decorrentes de atendimento institucional no Brasil: uma análise genealógica. **Childhood & Philosophy**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 01, n. 2, p. 01-20, jul. 2005.

MYNAIO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

NASCIMENTO, C. M. B. **Núcleo de apoio a saúde da família: uma análise da atenção à saúde em municípios da região metropolitana do Recife.** Recife, 2014. 182 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 17 Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10666/1/33.pdf>> Acesso em 10 de junho de 2022 as 11:25.

NASCIMENTO, D. D. G. D.; OLIVEIRA, M. A. D. C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, n.1, p. 92-96, 2010.

NASCIMENTO, M. L. B. P. **As políticas públicas de educação infantil e a utilização de sistemas apostilados no cotidiano de creches e pré-escolas públicas.** Revista Brasileira de Educação, n. 49, v. 17, jan./abr. 2012.

NAVES, C. R.; BRICK, V. S. **Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública.** Ciência Saúde Coletiva, v. 16, n. 1, pág. 1525-1534, 2011.

NETO, E. A. P.; FERREIRA, J. J.; SILVA, K. T. C.; MENDONÇA, M. G. L.; SANTOS, R. N. L. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. **Saúde na escola: reflexões a partir das vivências**

dos estudantes de Fisioterapia. Tempus – Actas De Saúde Coletiva, v. 10, n. 1, pág. 231-239, 2016.

NEVES, L. M. T.; ACIOLE, G. G. **Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família.** Interface, Botucatu, v.15, n. 37, jun. 2011.

NOBRE, V. **Monitoramento do Orçamento da Saúde.** Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2022.

NUNES, E. F. P. A.; SANTINI, S. M. L.; CARVALHO, B. G.; JUNIOR, L. C. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, pág. 30-42, 2015.

OLIVEIRA, S. M. S.; ALMEIDA, C. S.; NÁDIA CRISTINA VALENTINI, N. C. **PROGRAMA DE FISIOTERAPIA APLICADO NO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE BEBÊS SAUDÁVEIS EM AMBIENTE FAMILIAR.** Rev. Educ. Fís/UEM, v. 23, n. 1, pág. 25-35, 2012.

OLIVEIRA, V. R. C. **Reconstruindo a história da fisioterapia no mundo.** Revista Estudos. n.4, v.32, pág. 509–534, 2005.

OLIVEIRA, Z. M. R. **Creches: Crianças, faz de conta & Cia. Petrópolis.** Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

OLIVEIRA, Z. M. R.; MELLO, A. M.; VITÓRIA, T.; ROSSETTI FERREIRA, M. C. **Creches: Crianças, faz de conta & cia.** Petrópolis: Vozes, 1995.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde.** Washington: OMS, 1954.

ONU. **A agenda 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).** 2015. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em: 19 fev. 2021 às 10:48.

OPS/OMS. **Educación para la salud en el ámbito escolar.** Una Perspectiva Integral. (HSS/SILOS 37). OPS/OMS: Washington, 1995.

_____. **Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guía para la acción** (HSP/SILOS36). OPS/OMS: Washington, D, 1996.

_____. **Escuelas Promotoras para la Salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras** (Comunicación para la Salud No. 13). OPS/OMS: Washington, DC, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A Carta de Ottawa**, OMS, 1986. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 25 de set. 2021.

_____. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Jacarta. OMS, 1997. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf?ua=1>. Acesso em 25 set. 2021.

_____. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas**. OMS, 1988. <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_adelaide.pdf>. Acesso em 26 set. 2021. _____ . **Nairobi Call to Action** (Nairobi chamada à ação). OMS, 2009. Disponível em: <http://www.dors.it/documentazione/testo/201409/01_2009_OMS%20Nairobi_Call%20to%20action.pdf>. Acesso em 25 set. 2021.

_____. **Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad** Ciudad de México. OMS, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1>. Acesso em 26 set. 2021.

_____. **Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health** (Declaração de Sundsvall: promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde). OMS, 1991. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf>. Acesso em 26 set. 2021.

_____. **The 6th Global Conference on Health Promotion** (A 6ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde). Bangkok. OMS, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1>. Acesso em 25 set. 2021.

_____. **The Helsinki statement on Health in All Policies** (Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas). OMS, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1>. Acesso em 25 set. 2021. PAGNI, P. **A prescrição dos exercícios físicos e do esporte no Brasil (1850-1920): cuidados com o corpo, educação física e formação moral**. In: FERREIRA NETO, A. (Org.). Pesquisa histórica na educação física. Vitória: Ufes, 1997, p. 59-82.

PAGNI, P. **Fernando de Azevedo: educador do corpo**. São Paulo, 1994, 182 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Cogea, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

PASCHOAL, J. D.; MACHADO, M. C. G. **A história da educação infantil no Brasil: avanços, retrocessos e desafios dessa modalidade educacional**. Revista HISTEDBR, Campinas, n.33, p.78-95, 2009.

PASQUALINI, J. C.; MARTINS, L. M. PASQUALINI. **A Educação Infantil em busca de identidade: análise crítica do binômio “cuidar-educar” e da perspectiva anti-escolar em Educação Infantil**. Psic. da Ed., São Paulo, n. 27, v. 2, p. 71-100, 2008.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. v. 22, n. 2, pág. 1525-1534, 2018.

PELICIONI, C. **A escola promotora de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. p.12. (Séries Monográficas).

PEREIRA, J. M. VITERBINO, E. C.; PAIXÃO, V. P.; JUNIOR, J. R. Z. **EDUCAÇÃO E SAÚDE: ORIENTAÇÕES POSTURAS PARA ESCOLARES**. **Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu**, n. 2, 2020.

PEREIRA, L. A.; ALMEIDA, M. **Fisioterapia**. In: **Fundação Oswaldo Cruz. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.171-184. 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano**. In: **Cuidado – As Fronteiras da Integralidade**. 3ª ed. Rio de Janeiro, cap. 2, pág. 23-38, julho, 2008.

PORTES, L. H.; CALDAS, M. A. J.; PAULA, L. T.; FREITAS, M. S. **Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira.** Rev. APS, jan/mar; n. 1, v.1; pag.111-119, 2011.

PRAZERES, L. M. A.; BOMFIM, T. S.; ADORNO, E. T.; SOUZA, P. A. J.; SANTOS, A. S.; SANTOS, J. F.; BARBOSA, G. R. VIVÊNCIA DE UMA AÇÃO INTERSETORIAL POR DISCENTES DE FISIOTERAPIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE). Anais do XXIV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e I Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia, v. 1, n. 1, 2014.

PREFEITURA DE ARARAS. Disponível em: ><https://araras.sp.gov.br/historia/>>. Acesso dia 02 de setembro de 2019 às 09:08.

REBELATTO, J. R. **Fisioterapia cotidiana: ações profissionais e decorrências para a população.** Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo, São Paulo, v.5, n.1, p.36-48, 1998.

REMESSA ONLINE. **PEC Kamikaze é aprovada: o que significa para economia do Brasil?** Disponível em <<https://www.remissaonline.com.br/blog/pec-kamikaze-e-aprovada-o-que-significa-para-economia-do-brasil/>>. Acesso dia 29 de julho as 8:45.

RIBEIRO C. D.; SOARES M. C. F. **Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores.** Rev. saúde pública, v. 17, n. 3, pág. 379-393, 2015.

RITTI-DIAS R. M.; TRAPÉ A. A.; FARAH B. Q.; PETREÇA D. R.; LEMOS E. C.; CARVALHO F. F. B.; MAGALHÃES L. L.; MACIEL M. G.; GOMES P. S. C.; MANTA S. W.; HALLAL P. C.; ANDRADE D. R. Atividade física para adultos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Rev Bras Ativ Fís Saúde.** 2021;26:e0215.

RIZZO, G. **Creche: organização, currículo, montagem e funcionamento.** 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

ROCHA, P. B. C. Fisioterapia: A Importância Preventiva Para Os Atletas De Futsal. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, n. 7, 2018.

RODES, C. H.; KUREBAYASHI, R.; KONDO, V. E.; LUFT, V. D.; GÓES, A. B.; SCHMITT, A. C. S. **O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde.** *Fisioter Pesqui*, v. 24, n.1, pág.74-82, 2017.

RODRIGUES, F. T. M.; DANTAS, C. R. A.; JÚNIOR, J. F. B.; SILVA, L. N. O. L. S.; VASCONCELOS, V. S.; RIBEIRO, K. S. Q. S; LACERDA, D. A. L. **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA-PSE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB.** *Anais do XXIV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e I Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia*, v. 1, n. 1, 2014.

RODRIGUES, R. M. **A Fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios.** *Revista Perspectiva Online*, n. 8, v.2, pag. 104-109, 2008.

ROMANELLI, G. Famílias e escolas: arranjos diversos. **Revista Pedagógica**, v. 18, n. 38, p. 78-96, 2016.

SÁ, M. R. C.; GOMES, R. **A promoção da saúde da criança: a participação da Fisioterapia.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, n. 18, v. 4, pag. 1079-1088, 2013.

SANTOS, M. E. T.; LARA, S.; FOLMER, V. **Inclusão escolar: possíveis contribuições da fisioterapia sob a óptica de professoras.** *Revista Educação Especial, Santa Maria*, v. 28, n. 51, pág. 67-82, jan./abr., 2015.

SATO, A. R. F. **ASPECTOS ERGONÔMICOS: DOENÇAS OCUPACIONAIS E O TRABALHADOR DA ÁREA DE EDUCAÇÃO.** UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS TECNOLÓGICAS E AGRÁRIAS, CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. Maringá, Paraná, 2019.

SAYÃO, R.; AQUINO, J. G. **Famílias: modos de usar.** 4 ed. Campinas, SP: Papyrus, 2011.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde.** *Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 17, n. 1, pág, 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde.** *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 5, pág. 538-42, 1997.

SHAH, S.; VAN DER SLUIJS, C. P.; LAGLEVA, M.; PESLE, A.; LIM, K. S.; BITTAR H. **A partnership for health - working with schools to promote healthy lifestyle.** *Aust Fam Physician*, v. 40, n. 12, pág. 1011-3, 2011.

SILVA, A. C. D.; ENGSTRON, E. M.; MIRANDA, C. T. **Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, pág. 1881-1893, set. 2015.

SILVA, A. M.; CORDEIRO, C. G.; COSTA, G. C.; CAETANO, D. A. M.; ALVES, M. S.; SANCHES, V. S.; CHRISTOFOLETTI, G. **O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEU FUNCIONAMENTO.** *Anais do XXIV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e I Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia*, v. 1 n. 1, 2014.

SILVA, A.; CASTRO-SILVA, C. R.; MOURA, L. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 632-645, 2018.

SILVA, C. S. **Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da Saúde Escolar.** In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Saúde Escolar. *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde - I*. 1997. p. 14-20. SILVA, M. L. **Biopolítica, educação e eugenia no Brasil (1911-1945).** *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 8, n. 4, p. 900-922, 2014. DOI: 10.21723/riaee.v8i4.5070. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/5070>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SILVA, D. J.; ROS, M. A. **Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação.** *Ciência & Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 6, v. 12, p. 1673-1681, 2007.

SILVA, S. O. C.; DILL, M.; GAUER, A. P. M.; FERRETTI, F. **ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA DO NASF NO CONTEXTO ESCOLAR**. Anais do XXV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e II Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia, v. 2 n. 3, 2015.

SOARES, C. L. **Educação física, raízes européias e Brasil**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2001, 143 p.

STARFIELD B.; SHI L.; MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, v. 83, pág. 457-502, 2005.

SOUZA, D. B. **AVALIAÇÕES FINAIS SOBRE O PNE 2001-2010 E PRELIMINARES DO PNE 2014-2024**. *Est. Aval. Educ.*, São Paulo, v. 25, n. 59, p. 140-170, set./dez. 2014.

SOUZA, R. K. **O PAPEL DO ORIENTADOR EDUCACIONAL NA EDUCAÇÃO INFANTIL**. UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU INSTITUTO A VEZ DO MESTRE, Formosa, 2010.

STEPAN, Nancy L. **The Hour of eugenics: race, gender and nation in Latin America**. New York: Cornell University Press, 1991. 248 p.

TAVARES, L. R. C.; COSTA, J. L. R.; OISHI, J.; DRIUSSO, P. **Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil: análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: CNES/2010**. *Conscientia e Saúde*, v. 15, n. 1, 2016.

_____. **Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010**. *Fisioter Pesqui.*, v. 25, n. 1, pág. 9-19, 2018.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M. **Promoção da Saúde e a Prática de Atividade Física em Escolas de Manguinhos – Rio de Janeiro**. BRASIL. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 272p. (Série Promoção da Saúde, n. 6).

TRIGUEIRO, R. L. S. **A participação das mães no conselho escolar do CMEI Amor de Mãe**. 2014. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Rev. Saúde Pública, n. 3, v.39, pag. 507-514, 2005.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial.** 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) – Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

VIÇOSA, D. L.; FOLMER, V.; SALGUEIRO, A. C. F. **FISIOTERAPIA NA SAÚDE DO ESCOLAR: EDUCAÇÃO POSTURAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2018.

VIEIRA, Livia Maria Fraga. **A educação infantil e o Plano Nacional de Educação: as propostas da CONAE 2010.** Educação & Sociedade, Campinas, v. 31, n. 112, p. 809-8031, jul./set. 2010.

VIVIANI, L. M. Teacher education and the São Paulo Normal Schools: a study of the discipline of Educational Biology. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 201-213, 2005. ISSN 1678-4634. DOI <https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000200004>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/Ld9hmXHzNDV9V4sZkHsy6fv/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 29 jul. 2021.

VORKAPIC-FERREIRA, C.; GÓIS, R. S.; GOMES, L. P; BRITTO, A.; AFRÂNIO, B.; DANTAS, E. H. M. Nascidos para correr: a importância do exercício para a saúde do cérebro. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 23, p. 495-503, 2017.

WALDOW, V. R. **Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem.** In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p. 7-30.

WEISS, E. M. G. **O cuidado na educação infantil – contribuições da área da saúde. PERSPECTIVA.** Florianópolis, v.17, n. Especial, p. 99 - 108, jan./jun. 1999.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H., TAVARES, M. D. F. L., OLIVEIRA, E. D. S. D., MOYSÉS, N. M. N. A Força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulg saúde debate**, n. 45, p. 55-71, 2010.

XAVIER, A. B. **AS CARTAS DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**: uma análise das tendências ídeo-políticas. 7º Seminário frente Nacional contra a Privatização da Saúde. 27 a 29 de Outubro de 2017.

ZELL, C. V.; KRUG, S. B. F.; POSSUELO, L. G. A feminização do trabalho na Atenção Básica em Saúde em um município no interior do Rio Grande do Sul. **Anais do Seminário Científico do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da UNISC**, 2021.

ZENI, C. T.; KOPROSKI, K. Y. A. **O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO REFERENTE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- UMA ANÁLISE DE DADOS**. Revista Multidisciplinar Em Saúde, v. 2, n. 4, 2021.

APÊNDICE A
Roteiro de Entrevista

Entrevistado(a): _____

Data: ____/____/2021

Hora de início: _____:_____

INTRODUÇÃO À ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO da EMEI "Professor Paulo Roland Lordello"

Esta entrevista, como foi apresentado, é uma etapa para estabelecer e fortalecer vínculos entre a direção da EMEI, professores e monitores com o profissional de Fisioterapia em âmbito educacional. Desde já, agradecemos sua disposição em nos receber!

Durante a entrevista usaremos alguns termos técnicos e deixaremos claro no transcorrer.

Sinta-se à vontade, para solicitar, em qualquer momento, algum esclarecimento adicional.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bloco 1 – Dados pessoais e institucionais

1.1 Nome:

1.2 Idade:

1.3 Sexo:

1.4 Função atual:

1.5 Há quanto tempo trabalha na educação infantil?

1.6 Há quanto tempo trabalha nesta EMEI?

1.7 Tipo de vínculo: Concursado CLT Voluntário Outro:

1.8 Telefone fixo:

1.9 Celular:

1.10 E-mail:

Bloco 2 – Educação Infantil

2.1 Com quais pessoas ou instituições a EMEI mantém as parcerias para realizar suas atividades?

2.2 Quais são os profissionais que compõe a equipe da EMEI?

Bloco 3 – Fisioterapeuta

A seguir a definição de atenção primária à saúde a fim de facilitar o entendimento.

A **atenção primária à saúde** é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a estratégia de Saúde da Família (eSF).

3.1 Para você o que faz um Fisioterapeuta?

3.2 Em quais ciclos da vida o Fisioterapeuta atua?

3.3 Em quais locais o Fisioterapeuta atua?

3.4 Em quais setores o Fisioterapeuta atua?

3.5 Quais ações o Fisioterapeuta realiza na atenção primária à saúde?

3.6 Quais ações gostaria que o Fisioterapeuta realizasse na atenção primária à saúde?

3.7 Quais ações o Fisioterapeuta desenvolve com as crianças?

3.8 Quais ações gostaria que o Fisioterapeuta realizasse com as crianças?

Agradeça a entrevista!

Hora de término: _____ : _____

Entrevistado(a): _____

Data: ____/____/2021

Hora de início: _____:_____

INTRODUÇÃO À ENTREVISTA – FAMÍLIAS DOS ALUNOS da EMEI "Professor Paulo Roland Lordello"

Esta entrevista, como foi apresentado, é uma etapa para estabelecer e fortalecer vínculos entre a direção da EMEI, professores, monitores e pais dos alunos com o profissional de Fisioterapia em âmbito educacional. Desde já, agradecemos sua disposição em nos receber!

Durante a entrevista usaremos alguns termos técnicos e deixaremos claro no transcorrer.

Sinta-se à vontade, para solicitar, em qualquer momento, algum esclarecimento adicional.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bloco 1 – Dados pessoais

1.1 Nome:

1.2 Idade:

1.3 Nível de escolaridade:

1.4 Função do trabalho:

1.5 Qual o grau de parentesco com a criança:

1.6 Celular:

1.7 E-mail:

Bloco 2 – Educação Infantil

2.1 Há quanto tempo seu filho(a) frequenta essa escola?

2.2 Com quais pessoas ou instituições a EMEI mantém as parcerias para realizar suas atividades?

2.3 Quais são os profissionais que compõe a equipe da EMEI?

Bloco 3 – Fisioterapia

A seguir a definição de atenção primária à saúde a fim de facilitar o entendimento.

A **atenção primária à saúde** é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS., sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a estratégia de Saúde da Família (eSF).

3.1 Para você o que faz um Fisioterapeuta?

3.2 Em quais ciclos da vida o Fisioterapeuta atua?

3.3 Em quais locais o Fisioterapeuta atua?

3.4 Em quais setores o Fisioterapeuta atua?

3.5 Quais ações o Fisioterapeuta realiza na atenção primária à saúde?

3.6 Quais ações gostaria que o Fisioterapeuta realizasse na atenção primária à saúde?

3.7 Quais ações o Fisioterapeuta desenvolve com as crianças?

3.8 Quais ações gostaria que o Fisioterapeuta realizasse com as crianças?

Agradeça a entrevista!

Hora de término: _____ : _____

Entrevistado(a): _____

Data: ____/____/2021

Hora de início: _____:

INTRODUÇÃO À ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DA SAÚDE da UBS "Antônio Carlos Fabrício"

Esta entrevista, como foi apresentado, é uma etapa para estabelecer e fortalecer vínculos entre a direção da EMEI, professores e profissionais da saúde do PSF regionalizado com o profissional de Fisioterapia em âmbito educacional. Desde já, agradecemos sua disposição em nos receber! Durante a entrevista usaremos alguns termos técnicos e deixaremos claro no transcorrer. Sinta-se à vontade, para solicitar, em qualquer momento, algum esclarecimento adicional.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bloco 1 – Dados pessoais e institucionais

1.1 Nome:

1.2 Idade:

1.3 Sexo:

1.4 Função atual:

1.5 Há quanto tempo trabalha na atenção primária à saúde?

1.6 Há quanto tempo trabalha neste PSF?

1.7 Tipo de vínculo: Concursado CLT Voluntário Outro:

1.8 Telefone fixo:

1.9 Celular:

1.10 E-mail:

Bloco 2 – Educação Infantil

2.1 Com quais pessoas ou instituições a EMEI mantém as parcerias para realizar suas atividades?

2.2 Quais são os profissionais que compõe a equipe da EMEI?

Bloco 3 – Fisioterapeuta

A seguir a definição de atenção primária à saúde a fim de facilitar o entendimento.

A **atenção primária à saúde** é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a estratégia de Saúde da Família (eSF).

3.1 Para você o que faz um Fisioterapeuta?

3.2 Em quais ciclos da vida o Fisioterapeuta atua?

3.3 Em quais locais o Fisioterapeuta atua?

3.4 Em quais setores o Fisioterapeuta atua?

3.5 Quais ações o Fisioterapeuta realiza na atenção primária à saúde?

3.6 Quais ações gostaria que o Fisioterapeuta realizasse na atenção primária à saúde?

3.7 Quais ações o Fisioterapeuta desenvolve com as crianças?

3.8 Quais ações gostaria que o Fisioterapeuta realizasse com as crianças?

Agradeça a entrevista!

Hora de término: _____ : _____

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: “Atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, um estudo de caso em uma escola de educação infantil no município de Araras”.

Pesquisadores Responsáveis: Prof. Dr. Douglas Roque Andrade (Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH-USP).

Mestranda Jaqueline Feitoza de Araújo Zanobi (Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH-USP).

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, um estudo de caso em uma escola de educação infantil no município de Araras”. O(A) senhor(a) foi escolhido por atuar na EMEI “Professor Paulo Roland Lordello” ou UBS “Antônio Carlos Fabrício” ou por serem pais da criança que estuda na EMEI “Professor Paulo Roland Lordello” que consideramos de extrema importância para esta pesquisa. O objetivo deste estudo é descrever o papel do profissional Fisioterapeuta na atenção primária à saúde, em uma escola de educação infantil do município de Araras, através da percepção de pais, profissionais da saúde e educação com a aplicação de um roteiro de entrevista.

Sua participação é inteiramente voluntária, o(a) senhor(a) pode se recusar a participar neste momento ou em qualquer momento do estudo. Os riscos de participação neste estudo são mínimos e estão relacionados ao desconforto gerado pela exposição de suas opiniões para os pesquisadores e outros responsáveis ou profissionais da equipe. A sua opinião será usada somente para a pesquisa. O potencial benefício que o(a) senhor(a) terá será a possível utilização das informações geradas por meio da pesquisa em planos e ações para uma melhor formação do profissional de Fisioterapia, com atuação em nível primário de atenção à saúde, bem como nas ações em âmbito escolar no município.

Agradecemos a sua participação em colaborar com esta pesquisa.

Após ler as duas vias deste termo, receber explicações sobre a pesquisa e os meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos ou notificar acontecimentos não previstos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da EACH-USP pelo telefone (11) 3091-1046, e-mail: cepeach@usp.br ou endereço: Rua Arlindo Béttio, 1000, CEP: 03828-000, São Paulo, SP;
5. Procurar esclarecimentos ou notificar acontecimentos não previstos junto ao Prof. Dr. Douglas Roque Andrade pelos telefones (11) 99967-2182 ou (11) 3091-8197 ou e-mail: douglas.andrade@usp.br ou endereço: Rua Arlindo Béttio, 1000, CEP: 03828-000, São Paulo, SP. Mestranda Jaqueline Feitoza de Araújo Zanobi pelo telefone (19) 99840-2571 ou e-mail: jaquelinezanobi@usp.br ou endereço: Rua Emílio Pacagnella, 236, CEP: 13604-173, Araras, SP.

Eu, _____
(nome completo), aceito participar do estudo.

Assinatura: _____
_____, _____ de _____ de 2021.

Eu, _____, declaro que entreguei as duas vias do termo de consentimento e forneci, ao responsável e/ou participante, todas as informações referentes ao projeto.

Data: ____/____/____