

# **ACESSO E REGULAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS E VISÕES DIALÉTICAS**

**ACCESS AND REGULATION OF PHYSIOTHERAPY IN PRIMARY HEALTH  
CARE: PERSPECTIVES AND DIALECTICAL VISIONS**

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 30/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790709767](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790709767)

---

Murillo Nunes de Magalhães<sup>1</sup>

Grácia Maria de Miranda Gondim<sup>2</sup>

---

## RESUMO

Este artigo explora e reflete sobre a intersecção entre a corrente filosófica dialética e a regulação e o acesso à fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF). A abordagem dialética oferece uma lente analítica para compreender as contradições, tensões e dinâmicas presentes no acesso e na regulação dos serviços de fisioterapia na APS, permitindo uma análise mais profunda das complexidades envolvidas. Por meio de uma revisão bibliográfica e de um estudo reflexivo, percebe-se como as ideias dialéticas e o Materialismo Histórico-Dialético podem contribuir para a elaboração de políticas públicas e práticas que promovam uma regulação mais justa, integralidade do cuidado e um acesso equitativo à fisioterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A fisioterapia desempenha um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação funcional, particularmente nos contextos de atenção primária, onde a intervenção e o tratamento precoce são fundamentais. No entanto, o acesso real a esses serviços é frequentemente limitado por barreiras financeiras, distribuição desigual de recursos, carência de profissionais e obstáculos de ordem geográfica e organizacional. Esta reflexão busca analisar essas barreiras e propor caminhos para a construção de um novo paradigma de acesso ao SUS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Controle Social Formal; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Fisioterapia.

## ABSTRACT

This article explores and reflects upon the intersection between the dialectical philosophical current and the regulation and access to physical therapy in Primary Health Care (PHC), focusing on the Family Health Strategy (FHS). The dialectical approach offers an

analytical lens to understand the contradictions, tensions, and dynamics present in the access and regulation of physiotherapy services in PHC, enabling a deeper analysis of the complexities involved. Through a literature review and a reflective study, it is observed how dialectical ideas and Historical-Dialectical Materialism can contribute to the formulation of public policies and practices that promote a fairer regulation, integrality of care, and equitable access to physical therapy within the Unified Health System (SUS). Physical therapy plays a crucial role in health promotion, disease prevention, and functional rehabilitation, particularly in primary care settings, where early intervention and treatment are essential. However, real access to these services is often constrained by financial barriers, unequal resource distribution, shortage of professionals, and geographical and organizational obstacles. This reflection aims to analyze these barriers and propose pathways for the construction of a new paradigm of access within the SUS.

**Keywords:** Primary Health Care; Formal Social Control; Equity in Access to Health Services; Physical Therapy.

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil experienciou incessantes mudanças nos determinantes sociais da saúde e na organização dos serviços de saúde nestas últimas décadas. Ao longo dos 36 anos de sua consolidação, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se aperfeiçoando continuamente com a reorganização de suas leis, resoluções, portarias, políticas e programas de saúde, visando consolidar seus princípios e diretrizes e qualificar a atenção em saúde. Entretanto, mesmo com tantos avanços, ainda se vivencia um cenário de visível fragmentação de alguns serviços e ações. A busca pela integração na atenção em saúde não tem sido fácil, especialmente pelo caráter

multifatorial envolvido na dinâmica de funcionamento deste complexo sistema, que abrange diferentes níveis de atenção, fontes diversificadas de financiamento, profissionais de diversas formações, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos, além da variedade do público usuário desse sistema.

Apesar dos inúmeros progressos, desafios importantes ainda persistem, evidenciando-se as premências na organização da atenção às ações de reabilitação física, uma vez que estas apresentam uma singularidade em sua execução, pois exigem tratamento contínuo, individualizado, de longa duração e com cuidados permanentes. Dessa forma, esse cenário delimita condições que determinam e condicionam o processo de saúde/doença dos sujeitos que dependem da reabilitação física como componente importante em seu contexto de vida funcional.

A Constituição Brasileira de 1988 transformou a saúde em um direito universal e um dever do Estado (Brasil, 1988). Fruto da Reforma Sanitária, a construção do SUS tem na 8ª Conferência Nacional de Saúde o ambiente formador de suas diretrizes, que anos mais tarde balizariam o texto das Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Para reorientar as ações na Atenção Primária à Saúde (APS), o SUS utiliza a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada a principal porta de entrada dos usuários ao serviço de saúde. A ESF está pautada nos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social, orientando para um trabalho interdisciplinar desenvolvido por equipe multiprofissional que se responsabiliza pela saúde de uma população adstrita em um determinado território. De acordo com Giovanella e Mendonça

(2012), a APS compreende a atenção ambulatorial de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, devendo ser de fácil acesso e direcionada a cobrir as afecções e condições mais comuns, com alta resolutividade para a maioria dos problemas de saúde.

Corroborando para sua efetivação, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem entre seus principais fundamentos o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; a integralidade em seus vários aspectos; e as relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita (Brasil, 2012). Ainda nessa fundamentação, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência traz a atenção básica como a porta de entrada desse usuário, onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser o local por excelência do seu acolhimento e cuidado integral (Brasil, 2008).

A ESF desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no acesso aos serviços primários, e a integração da fisioterapia na ESF representa um avanço significativo na qualidade de vida da população. No entanto, o acesso e a regulação da fisioterapia dentro deste contexto muitas vezes apresentam obstáculos estruturais significativos. Explorar como a corrente filosófica dialética e o Materialismo Histórico-Dialético podem contribuir para compreender essas dinâmicas constitui o objetivo central deste trabalho.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: DIALÉTICA E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE**

O materialismo histórico-dialético configura-se como referencial teórico-metodológico pertinente para a análise das políticas públicas de saúde, ao permitir compreender os fenômenos sociais a

partir de sua historicidade, totalidade e das contradições que os constituem. Fundamentado nas contribuições de Karl Marx e Friedrich Engels, esse referencial parte do princípio de que as condições materiais de existência, expressas nas formas de produção, organização social e relações de poder, determinam, em última instância, a estrutura e o funcionamento das instituições sociais, incluindo o sistema de saúde. Nessa perspectiva, o acesso aos serviços de fisioterapia ambulatorial e de reabilitação no SUS deve ser analisado para além de sua dimensão técnico-organizacional, sendo compreendido como expressão de processos sociais mais amplos, marcados por desigualdades históricas e estruturais que são socialmente injustas e evitáveis (Barata, 2009).

A abordagem dialética, ao enfatizar o movimento e a transformação da realidade, permite apreender as tensões existentes entre o arcabouço normativo do SUS, fundamentado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e humanização, e sua efetivação concreta nos territórios. Evidencia-se que, embora o sistema de saúde brasileiro tenha avançado significativamente na ampliação de direitos, persistem barreiras estruturais, organizacionais e sociais que limitam o acesso equânime aos serviços de reabilitação. Essas contradições manifestam-se, por exemplo, na coexistência entre a ampliação de políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência e a permanência de dificuldades relacionadas à oferta insuficiente de serviços, à regulação restritiva do acesso e à distribuição desigual de profissionais e recursos.

Nesse cenário, a determinação social da saúde (Almeida-Filho, 2004; Breilh, 2013; Garbois, 2017; Pettres, 2018) e os determinantes sociais da saúde (Dahlgren; Whitehead, 2006; Buss; Pellegrini, 2007; WHO, 2012) assumem a centralidade na análise, uma vez que influenciam

diretamente as condições de acesso, utilização e continuidade do cuidado. Determinantes como renda, escolaridade, condições de moradia, localização geográfica e inserção no mercado de trabalho operam como elementos estruturantes das desigualdades em saúde, afetando de maneira mais intensa grupos historicamente vulnerabilizados, como as pessoas com deficiência física (Barata, 2009). Pessoas com deficiência vivenciam a marginalização, entendida como um processo social que joga indivíduos e grupos para a periferia da sociedade, negando-lhes direitos e acesso a recursos, além da estigmatização social (Castel, 2004). Desse modo, a problemática da deficiência física não pode ser compreendida de forma isolada, mas sim como resultado de um processo histórico de exclusão, no qual se articulam fatores estruturais e simbólicos.

A partir do materialismo histórico-dialético, essa exclusão é entendida como produto das relações sociais de produção e da forma como a sociedade organiza e distribui seus recursos e direitos, transcendendo a visão puramente biológica da deficiência para compreendê-la como uma construção social influenciada pelas condições materiais de vida e pelas barreiras do meio (Véras, 1999). Ao evidenciar que as barreiras enfrentadas não são circunstanciais ou individuais, mas expressão de processos históricos, estruturais e políticos, o referencial dialético reforça a necessidade de intervenções que enfrentem as iniquidades sociais em sua raiz (Buss; Pellegrini, 2007). Em síntese, a relação conceitual entre a corrente filosófica dialética e a pesquisa em saúde reside na busca pela compreensão da totalidade das experiências humanas, rejeitando explicações simplistas e valorizando o contexto social e as contradições subjacentes.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo elaborado segundo os pressupostos da revisão integrativa da literatura, com o desígnio de avaliar, sistematizar e sumarizar as informações encontradas em um robusto corpo de conhecimento sobre a perspectiva integral do acesso e regulação da fisioterapia na APS.

O percurso metodológico incluiu, primeiramente, o levantamento bibliográfico exploratório e sistemático de documentos em formato eletrônico presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Foram utilizadas, também, outras fontes de informação, como livros, manuais, teses, dissertações e documentos oficiais do Ministério da Saúde. As palavras-chave utilizadas foram: 'Atenção Primária à Saúde', 'Controle Social Formal', 'Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde' e 'Fisioterapia', nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. A busca ocorreu entre dezembro de 2023 e maio de 2024, identificando 225 trabalhos (Quadro 1).

**Quadro 1.** Matriz de busca bibliográfica e trabalhos identificados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

| Palavras-chave Utilizadas                                                              | Base de Dados               | Ano de Publicação / Quantidade |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Atenção Primária à Saúde AND Fisioterapia AND Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde | SciELO                      | 2020 (01)                      |
| Atenção Primária à Saúde AND Fisioterapia                                              | MEDLINE (140)   LILACS (46) | 2014-2024 (186)                |

|                                                           |                                          |                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------|
| Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde AND Fisioterapia | MEDLINE (01)   SciELO (01)               | 2014-2024 (02) |
| Fisioterapia AND Atenção Primária à Saúde AND Acesso      | MEDLINE (11)   SciELO (02)   LILACS (19) | 2014-2024 (32) |
| Atenção Primária à Saúde AND fisioterapia AND regulação   | SciELO (01)   LILACS (03)                | 2014-2024 (04) |

*Fonte: Elaborado com base em dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Ministério da Saúde, 2024.*

A segunda etapa consistiu na seleção dos trabalhos com base nos critérios de inclusão preestabelecidos: acessibilidade na íntegra, relevância temática, publicação nos últimos dez anos (artigos, dissertações e teses) e equivalência ao objetivo do estudo. Assim, esta reflexão teórica consolidou-se com a leitura minuciosa de 28 publicações. A terceira etapa pautou-se pela construção de fichamento e extração de resultados; a quarta etapa consistiu na estruturação preliminar e síntese das informações; e a última na revisão cuidadosa e redação final da síntese teórico-reflexiva.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. A Fisioterapia na Atenção Básica em Saúde: Da Especialização à Prática Multiprofissional

Historicamente, a Fisioterapia tem sido reconhecida como uma profissão de atuação predominantemente especializada. Sua origem remonta ao período da Revolução Industrial, com a elevada incidência de acidentes de trabalho e as sequelas decorrentes de doenças populacionais, como a poliomielite e, mais recentemente, a pandemia de COVID-19, que exigiram estratégias sistemáticas de

reabilitação e reforçaram a importância da área no contexto hospitalar e ambulatorial (Castro et al., 2019; Martins et al., 2021). A formação profissional, tradicionalmente centrada no atendimento individualizado e em práticas clínicas e hospitalares, consolidou uma imagem da Fisioterapia como restrita aos níveis especializados, o que limitou, por muito tempo, sua inserção na Atenção Básica em Saúde (ABS).

Apesar da ampliação do número de fisioterapeutas no sistema de saúde, a concentração desses profissionais em serviços especializados persiste, restringindo o acesso da população à assistência fisioterapêutica, especialmente em territórios de maior vulnerabilidade social (Brasil, 2020). Nesse cenário, a consolidação da Fisioterapia na ABS representa um avanço, com a expansão de ações preventivas e reabilitadoras, realizadas de forma individual e coletiva. Estudos evidenciam que, embora existam desafios relacionados à escassez de recursos humanos e à infraestrutura insuficiente, a presença do fisioterapeuta na ABS contribui significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde e para a racionalização dos custos do sistema (Jesus, 2010; Silva et al., 2021).

A atuação efetiva na ABS exige uma formação acadêmica que ultrapasse o enfoque biomédico tradicional, incorporando saberes relacionados à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à compreensão dos determinantes sociais da saúde (Teixeira, 2004). Essa ampliação deve preparar o profissional para utilizar ferramentas estruturantes do trabalho na atenção básica, tais como a Clínica Ampliada (CA), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Apoio Matricial (AM). O Apoio Matricial favorece a corresponsabilidade entre profissionais, promove a construção coletiva do cuidado e possibilita o compartilhamento de saberes. A Clínica Ampliada

permite uma abordagem integral do indivíduo, considerando aspectos biopsicossociais e culturais em sua atenção. O Projeto Terapêutico Singular, construído de forma colaborativa, é essencial para o cuidado longitudinal de casos complexos.

A incorporação da Fisioterapia na ABS é respaldada por diversas normativas e políticas públicas brasileiras. Destacam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008 para ampliar a resolutividade da ESF, os quais incluíam fisioterapeutas em equipes multiprofissionais. Com a atualização para as Equipes Multiprofissionais (eMulti), por meio da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de março de 2024, a presença de profissionais de reabilitação foi mantida como elemento essencial para a qualificação do cuidado (Brasil, 2013; Brasil, 2024). Outra iniciativa relevante é o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), efetivado pela Portaria GM/MS nº 2.029/2011 e redefinido pela Portaria GM/MS nº 825/2016, organizando o funcionamento do SAD e incorporando parâmetros de composição e financiamento das equipes do Programa Melhor em Casa, no qual o fisioterapeuta desempenha papel crucial para a consolidação da atenção integral e domiciliar no SUS.

#### **4.2. Políticas Públicas e as Dimensões do Acesso à Reabilitação**

A garantia do direito à saúde, consagrada na Constituição Federal de 1988, tem como um de seus pilares o princípio da universalidade, materializado por meio do SUS, concebido para assegurar atenção integral à saúde da população com base na equidade (Paim, 2019). Nesse cenário, as políticas públicas assumem papel estruturante na organização do cuidado em todos os níveis, inclusive nos serviços de fisioterapia e reabilitação. Contudo, as políticas públicas de reabilitação enfrentam barreiras de diversas naturezas: estruturais,

territoriais, sociais e econômicas (Barreto, 2016). Entre as principais diretrizes, destaca-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.060/2002, que visa promover a atenção integral com ênfase na reabilitação e na inclusão social.

As dimensões do acesso propostas pela literatura científica — disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade cultural, acessibilidade econômica e qualidade técnica — auxiliam na compreensão dessas barreiras (Levesque; Harris; Russell, 2013). A disponibilidade refere-se à existência concreta de serviços e profissionais; contudo, observa-se no SUS uma distribuição desigual, com forte concentração em centros urbanos e em níveis de média e alta complexidade, o que limita o acesso na atenção básica e em regiões periféricas. A acessibilidade geográfica diz respeito à relação entre a localização dos serviços e o território onde vivem os usuários, sendo influenciada por fatores como distância e transporte (Rodes et al., 2017). Para pessoas com deficiência física, as barreiras arquitetônicas e urbanísticas assumem relevância ainda maior, pois dificultam drasticamente o deslocamento aos estabelecimentos de saúde (Gondim et al., 2008).

A aceitabilidade cultural envolve a adequação dos serviços às expectativas e crenças dos usuários, englobando o acolhimento, a comunicação e a criação de vínculos terapêuticos contínuos. A acessibilidade econômica, por sua vez, embora mitigada pela gratuidade do SUS, permanece como um limitador indireto, visto que custos associados como transporte e alimentação podem inviabilizar a continuidade do cuidado para populações vulneráveis. Por fim, a qualidade técnica está relacionada à capacidade de produzir respostas resolutivas, o que é frequentemente

comprometido pelas falhas nos mecanismos de regulação e pela fragmentação da rede de atenção. A compreensão de acessibilidade proposta por Donabedian ultrapassa a noção restrita de disponibilidade física, caracterizando-se como um atributo da oferta relacionado à capacidade do sistema de produzir respostas efetivas às necessidades de saúde de uma população (Sanchez, 2012).

#### **4.3. A Tríade Dialética do Acesso e da Regulação: Tese, Antítese e Síntese**

A abordagem dialética na filosofia tem sido historicamente utilizada para compreender e resolver contradições e conflitos na sociedade. Ao aplicar essa perspectiva ao acesso e à regulação da fisioterapia na atenção primária à saúde, pode-se identificar as contradições entre as políticas de saúde formais, os recursos disponíveis, as demandas da comunidade e as necessidades individuais dos pacientes. Sob essa ótica, propõe-se uma análise estruturada na tríade dialética clássica: Tese, Antítese e Síntese.

A Tese representa o status quo dos serviços de saúde. Nesse estágio, o acesso à fisioterapia na atenção primária é restrito por uma série de barreiras financeiras, geográficas e estruturais. Ao mesmo tempo, os mecanismos de regulação mostram-se burocráticos, rígidos ou limitados, atuando como um entrave que dificulta a prestação eficaz de serviços de fisioterapia. Entre os principais desafios da tese, destacam-se a regulação restritiva, na qual os protocolos burocráticos impedem o fornecimento ágil de cuidados e a inadequação de recursos físicos e de profissionais de reabilitação na rede primária.

A Antítese surge das contradições e tensões inerentes a esse status quo. Há um descompasso evidente entre as limitações da oferta e as demandas crescentes por serviços de fisioterapia, impulsionadas pelo envelhecimento populacional, pelo aumento das condições crônicas de saúde e pela maior conscientização dos usuários sobre os benefícios do tratamento precoce. Esse cenário gera uma demanda reprimida crônica e acentua as desigualdades no acesso, forçando a necessidade urgente de transformações nas políticas e nas práticas assistenciais vigentes para garantir a equidade.

A Síntese busca harmonizar as contradições entre a tese e a antítese, promovendo um novo paradigma para o acesso e a regulação da fisioterapia na APS. Esse novo paradigma reconhece a interconexão entre os diversos aspectos da saúde e propõe a construção de soluções colaborativas. No plano da regulação, busca-se conciliar a autonomia profissional dos fisioterapeutas com a necessidade de padronização de protocolos clínicos. No plano do acesso, a síntese envolve a inserção sistemática do fisioterapeuta como membro efetivo das equipes multiprofissionais do SUS (eMulti), o investimento em infraestrutura, a superação de barreiras organizacionais e o desenvolvimento de práticas integradas de educação, promoção da saúde e reabilitação voltadas à totalidade das necessidades das comunidades adstritas. Essa síntese impulsiona uma aproximação ativa entre o ensino acadêmico, o serviço de saúde e a comunidade.

#### **4.4. Equidade e Barreiras no SUS: O Desafio da Integralidade**

A Atenção Básica em Saúde, enquanto nível de atenção mais próximo do cotidiano das comunidades, é concebida como ordenadora da rede, com a expectativa de solucionar

aproximadamente 80% das demandas de saúde da população (Oliveira; Pereira, 2013). Para as situações que exigem cuidados especializados, a APS deve atuar de forma coordenada, direcionando os usuários para unidades com maior densidade tecnológica integradas às Redes de Atenção à Saúde. No entanto, persistem desafios severos para assegurar que todas as pessoas, independentemente de condições socioeconômicas ou geográficas, possam acessar cuidados adequados e contínuos de reabilitação (French, 2018). As desigualdades regionais, a baixa cobertura de serviços e os entraves de ordem administrativa e financeira constituem obstáculos recorrentes que perpetuam a fragmentação das redes de cuidado (Bispo Júnior, 2010).

De acordo com Travassos e Castro (2012), as principais barreiras que limitam o cuidado integral e a universalidade do acesso dividem-se em: geográficas (deslocamento físico difícil do usuário até a unidade); financeiras (déficit histórico de investimentos e subfinanciamento crônico); organizacionais (falhas no dimensionamento da qualidade e quantidade de profissionais habilitados para responder à demanda); e informacionais (que variam de acordo com o capital cultural e o acesso à informação sobre direitos de saúde na sociedade). Essas barreiras são intensificadas pelos determinantes sociais, revelando que indivíduos de menores condições econômicas apresentam menor acesso à fisioterapia mesmo diante de condições clínicas semelhantes às de outros grupos (Silva et al., 2020; Pereira et al., 2022).

Uma pesquisa emblemática desenvolvida em Sobral (CE) corrobora com a constatação das barreiras de acesso. Os resultados apontaram que apenas uma pequena parcela dos usuários com reais necessidades de atendimento fisioterapêutico na comunidade

possuía acesso efetivo a esse serviço, revelando ainda que grande parte da população atendida na ESF nunca havia recebido assistência de um fisioterapeuta antes da inserção desse profissional na estratégia local (Delai; Wisniewski, 2011). Esse dado empírico demonstra que a inserção sistemática do fisioterapeuta na comunidade, por meio da atenção primária, constitui muitas vezes a única via possível de acesso a cuidados de reabilitação para as populações vulneráveis.

## **5. CONCLUSÃO**

A reflexão sobre as perspectivas dialéticas do acesso e da regulação da fisioterapia na ESF convida a repensar as práticas e as políticas de saúde, buscando soluções que promovam a equidade, a efetividade e a sustentabilidade do sistema de reabilitação. A intersecção entre a corrente filosófica dialética e a regulação em saúde oferece uma perspectiva rica e multifacetada para abordar as iniquidades presentes no SUS. Ao integrar princípios dialéticos nas políticas e reconhecer as contradições estruturais como o motor de transformações organizacionais, gestores e profissionais podem planejar estratégias mais abrangentes, equitativas e contextualizadas com os territórios.

Fica evidente o papel fundamental do fisioterapeuta na construção do SUS ideal, contribuindo de maneira significativa para a consolidação da integralidade do cuidado, resolubilidade e interdisciplinaridade. Para tanto, faz-se imperativo superar o modelo biomédico e ultra-especializado que tradicionalmente caracterizou a formação em fisioterapia, aproximando o ensino acadêmico das realidades e necessidades cotidianas das comunidades através de práticas interprofissionais. Promover essa integração exige um

esforço conjunto e corresponsabilização de gestores, profissionais de saúde, usuários e comunidade acadêmica, transformando as diretrizes normativas das políticas de reabilitação em práticas assistenciais concretas, garantindo o direito constitucional à saúde funcional e reabilitação de modo equânime a toda a população.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALMEIDA-FILHO, N. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão do campo da saúde coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 325-350, 2004.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde no Brasil: passado, presente e futuro. **Public Health Reviews**, v. 37, n. 1, p. 1-14, 2016.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas abordagens para a graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1627-1636, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Brasília, DF:

Presidência da República, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de março de 2024**. Institui as Equipes Multiprofissionais (eMulti) na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

CASTRO, S. S. et al. Deficiência e concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção pelo SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 105, 2019.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health**: levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

DELAI, K. D.; WISNIEWSKI, M. S. W. Inserção do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1515-1523, 2011.

FRENCH, S. **Physiotherapy: a philosophical and historical perspective**. London: Elsevier, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GONDIM, G. M. M. et al. A rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência: limites e possibilidades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 120-130, 2008.

JESUS, T. S. Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: inserção, atuação e racionalidade econômica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 3, p. 200-208, 2010.

LEVESQUE, J. F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, n. 18, p. 1-9, 2013.

MARTINS, C. A. et al. A atuação da fisioterapia na atenção primária no contexto pós-COVID-19. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 180-188, 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

PEREIRA, A. G. et al. Agendamento, tempo de espera, absenteísmo e demanda reprimida na atenção fisioterapêutica ambulatorial. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 35, e35113, 2022.

RODES, M. et al. Acessibilidade geográfica aos serviços de reabilitação física no SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 45, 2017.

SANCHEZ, R. M. Acesso aos serviços de saúde: reflexões conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2871-2878, 2012.

SILVA, L. E. et al. Perspectiva sobre o fluxo de atendimento em fisioterapia na atenção primária à saúde. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 33, e33105, 2020.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e acolhimento nas unidades básicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 341-352, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 183-206.

VÉRAS, R. P. **Atenção à saúde do idoso: modelos e desafios**. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 1999.

---

<sup>1</sup> Doutorando. Programa de Pós Graduação em Saúde da Família-RENASF-UFRN. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4097-5959>

<sup>2</sup> Orientadora. Programa de Pós Graduação em Saúde da Família-  
RENASF-UFRN. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8258-3294>