



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

ANA VITÓRIA DA CUNHA NUNES

O PAPEL DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
Revisão Integrativa

ICÓ-CE

2024

ANA VITÓRIA DA CUNHA NUNES

O PAPEL DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Revisão Integrativa

Monografia submetida à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS) a ser apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador(a): Prof. Esp. Maria Alice Alves

ICÓ-CE

2024

ANA VITÓRIA DA CUNHA NUNES

O PAPEL DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Revisão Integrativa

Monografia submetido à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS) a ser apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Esp. Maria Alice Alves

Centro Universitário Vale do Salgado

Orientadora

Prof. Esp. Maria Lucélia Barbosa da Silva

Centro Universitário Vale do Salgado

1ª Examinador

Prof. Me. Jeynna Suyanne Venceslau

Centro Universitário Vale do Salgado

2ª Examinador

Dedico esse trabalho a minha mãe, a pessoa mais importante da minha vida, que me deu todo incentivo e ajuda para que esse sonho se tornasse possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dá força, coragem, paciência e sabedoria para passar por todas as adversidades que passei para chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais, Maria de Fátima da Cunha e Luiz Nunes Pereira (in memoriam), que me ensinaram desde cedo o caminho em que deveria andar e me guiaram por este, dando todo apoio, sustento, direção e amor.

Agradeço ao meu namorado, Jonas Rodrigues pelo companheirismo durante esses anos, por me ouvir, apoiar e acalantar durante os meus surtos da graduação. Te amo muito!

A grande amiga e parceira que o enfiou me trouxe, Daiana Freitas que me acompanhou durante toda essa trajetória de graduação.

Agradeço a meus colegas de turma, em especial ao meu grupinho de estágio, Ana Talita Silva, Ariane Oliveira e Wailany Lima pela amizade e parceria durante esses anos e pelos momentos vividos, sentirei saudades.

Aos professores da faculdade por todo conhecimento repassado durante esses 5 anos, pois são exemplos para mim e seguirei levando os conhecimentos de vocês adiante.

A minha orientadora, Maria Alice Alves pelo apoio, suporte e contribuições dadas durante toda a construção desse projeto.

Agradeço a minha banca examinadora, Jeynna Suyanne e Maria Lucélia pela disponibilidade e contribuição nesse projeto. Vocês são maravilhosas!

Agradeço também ao professor João Paulo, por todas as aulas que me ajudaram e direcionaram a construção desse trabalho, foram de suma importância.

Muito obrigada a todos!

Os sonhos são como uma bússola, indicando os caminhos que seguiremos e as metas que queremos alcançar. São eles que nos impulsionam, nos fortalecem e nos permitem crescer.

– Augusto Cury

RESUMO

NUNES, Ana Vitória da Cunha. **O PAPEL DA FISIOTERIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:** Revisão Integrativa. 2024. 46f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário Vale do Salgado, 2024.

As necessidades da Atenção Primária à Saúde (APS) exigem uma equipe multiprofissional com habilidades e conhecimento técnico, qualificados para detectar e resolver os problemas de saúde mais pertinentes no território sob sua responsabilidade. O fisioterapeuta se mostra de suma importância neste nível de atenção, desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção e diagnóstico precoce, além da reabilitação. Porém, esses profissionais acabam sendo taxados apenas pelo seu perfil reabilitador, o que acaba ainda atrapalhando a sua atuação. O objetivo desse estudo é analisar na literatura a atuação do profissional de fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma Revisão de Literatura (RIL), realizadas entre os meses fevereiro a abril de 2024, tendo como base de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); MEDLINE; LILACS; SciELO, através dos descritores em ciência da saúde (DeCS): Fisioterapia; Atenção Básica, utilizando *AND* como operador booleano para busca avançada cruzada entre os descritores. Os critérios de inclusão utilizados foram: Artigos originais; texto completo; publicados nas línguas português e inglês; ano de publicação de 2014 a 2024. Como critério de exclusão foram utilizados: Revisões; dissertações e teses; estudos duplicados/repetidos; textos completos indisponíveis; artigos que não se relacionem com o objetivo do estudo. A busca primária ocorreu na MEDLINE, LILACS e SciELO, cruzando os descritores “fisioterapia” e “atenção primária”, inicialmente teve amostra de 604 estudos que adicionando os critérios de inclusão e exclusão, restaram uma amostra final de 5 artigos para compor esta revisão. Com os resultados obtidos, foi possível evidenciar a atuação do fisioterapeuta dentro da atenção primária e compreender as ferramentas de atuação destes e discutir as dificuldades encontradas por esses profissionais na sua rotina de trabalho. Ademais, as principais ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas atuantes nesse nível de atenção foram as visitas domiciliares, atendimentos individuais específicos e atendimentos em grupo e ações preventivas de educação em saúde. Ainda, foi possível identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais por falta de recursos, dificuldade de transporte, infraestrutura precária, além da baixa quantidade de profissionais inseridos na APS e a grande demanda de trabalho.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

NUNES, Ana Vitória da Cunha. **THE ROLE OF PHYSIOTHERAPY IN PRIMARY HEALTH CARE:** Integrative Review. 2024. 46f. Monograph (Physiotherapy Graduation) – Vale do Salgado University Center, 2024.

The needs of Primary Health Care (PHC) require a multidisciplinary team with skills and technical knowledge, obtained to detect and resolve the most pertinent health problems in the territory under their responsibility. The physiotherapist is extremely important at this level of care, developing health promotion, prevention and early diagnosis actions, in addition to rehabilitation. However, these professionals end up being taxed only for their rehabilitative profile, which ends up hindering their performance. The objective of this study is to analyze in the literature the role of physiotherapy professionals in Primary Health Care (PHC). This is a Literature Review (RIL), carried out between February and April 2024, using the following database: Virtual Health Library (VHL); MEDLINE; LILACS; SciELO, through the health science descriptors (DeCS): Physiotherapy; Primary Care, using AND as a Boolean operator for advanced cross-search between descriptors. The inclusion criteria used were: Original articles; complete text; published in Portuguese and English; year of publication from 2014 to 2024. The following were used as exclusion criteria: Reviews; dissertations and theses; duplicate/repeated studies; full texts unavailable; articles that are not related to the objective of the study. The primary search took place in MEDLINE, LILACS and SciELO, crossing the descriptors “physiotherapy” and “primary care”, initially having a sample of 604 studies that, adding the inclusion and exclusion criteria, left a final sample of 5 articles to compose this review. With the results obtained, it was possible to highlight the physiotherapist's role within primary care and understand the tools they use and discuss the difficulties encountered by these professionals in their work routine. Furthermore, the main actions developed by physiotherapists working at this level of care were home visits, specific individual care and group care, and preventive health education actions. Furthermore, it was possible to identify the difficulties experienced by professionals due to lack of resources, difficulty in transportation, poor infrastructure, in addition to the low number of professionals working in PHC and the high demand for work.

Keywords: Physiotherapy. Primary Care. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ETAPAS DA REVISÃO DE LITERATURA.....	24
QUADRO 2 – VARIÁVEIS BIBLIOMÉTRICAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE.....	29

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA ESTRATÉGIA DE BUSCA NAS BASES DE DADOS BASEADOS NO MODELO PROPOSTO PELO <i>CHECKLIST</i> PRISMA. ICÓ, CEARÁ, BRASIL, 2024.....	28
--	----

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CER	Compensação de Especificidades Regionais
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
EAB	Equipes de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ECR	Equipes de Consultório na Rua
eMULTI	Equipes Multiprofissionais
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFF	Equipes de Saúde da Família Fluviais
ESFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa Academia em Saúde
PICO	P – População; I – Interesse; Co – Contexto

PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SB	Saúde Bucal
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SF	Saúde da Família
SI	Saúde Indígena
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIVS	Centro Universitário Vale do Salgado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	16
3.2	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	19
3.3	FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	21
4	METODOLOGIA.....	24
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2	FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA.....	25
4.3	PERÍODO DE COLETA.....	25
4.4	BASE DE DADOS PARA BUSCA.....	25
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	26
4.6	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.7	ANÁLISE, ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS.....	29
5.2	CATEGORIZAÇÃO TÊMÁTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	33
5.2.1	Categoria 1 – Principais ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas atuantes na APS.....	33
5.2.2	Categoria 2 – Desafios enfrentados pelos fisioterapeutas no cotidiano de trabalho na APS.....	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39
	ANEXOS.....	44
	ANEXO A.....	45

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde e tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (Brasil, 2024).

É vista como a porta de entrada no Sistema de Saúde e tem como princípio norteador assegurar a população o acesso universal a saúde, assim como o atendimento integral e descentralizado da mesma (Facchini, 2006).

As necessidades da Atenção Primária à Saúde (APS) exigem uma equipe multiprofissional com habilidades e conhecimento técnico, qualificados para detectar e resolver os problemas de saúde mais pertinentes no território sob sua responsabilidade (Brasil, 2006).

Visando à reestruturação do modelo assistencial e à superação dos desafios relacionados ao acesso e à qualidade da atenção à saúde ofertada no país, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente ampliado para Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF se instituiu porta de entrada preferencial ao SUS e atua como coordenadora do cuidado na rede brasileira de saúde (Melo *et al.*, 2018).

Além disso, com o intuito de favorecer a inserção do ESF na rede de serviços e ampliar o propósito das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde (MS) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008 (Moreira *et al.*, 2020).

O NASF é uma equipe integrada por profissionais de diversas categorias, dentre elas os fisioterapeutas. Ao integrar esses núcleos, esse profissional precisa redirecionar sua atuação, outrora direcionada apenas à clínica individual e reabilitadora. Vale salientar que as diretrizes do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), antes mesmo da criação desses núcleos, já definem que a atenção fisioterapêutica deveria compreender o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção, proteção e diagnóstico precoce, e não exclusivamente a reabilitação (Souza *et al.*, 2018).

Através da atualização da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, o NASF passou por uma mudança de nomenclatura e agora é denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Há 7 anos, o Brasil tinha 5.757 equipes do NASF-AB e, aproximadamente, 14.000 fisioterapeutas vinculados prestando serviço de apoio à saúde da família (Brasil, 2017).

O desenvolvimento das atribuições do fisioterapeuta nos serviços da APS é incipiente e ainda não é tangível, está em evolução, sendo o profissional taxado como reabilitador e

exercendo apenas parcela do trabalho que lhe confere, como a doença e o tratamento de sequelas. Essa perspectiva acaba atrapalhando a atuação do fisioterapeuta na APS, criando barreiras para a população, principalmente para os vulneráveis (Tavares et al., 2018).

Percebe-se, então, que o papel da fisioterapia na Atenção Primária, suas atribuições e seus limites não se apresentam claros nem para população, nem para a equipe multidisciplinar e nem para o próprio fisioterapeuta, o que origina a necessidade de aprofundamento a respeito de suas atribuições no exercício do trabalho na APS.

Diante dessa questão, entende-se que é de fundamental importância a realização de uma pesquisa, para que se possa trazer ao conhecimento de todos, as funções exercidas e atribuídas a fisioterapia na Atenção Primária à Saúde, de que formas ela pode contribuir para comunidade, além da visão reabilitadora já conhecida.

Esse estudo fundamenta-se pela necessidade de mudança no olhar para com a fisioterapia na Atenção Primária à Saúde. Justifica-se também a realização desse estudo por essa temática constar nas sugestões da Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde (ANPPS), Eixo 9, subeixo 27, que fala sobre Avaliação da oferta de ações e serviços de saúde de Atenção Básica frente às necessidades da população (Brasil, 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar na literatura a atuação do profissional de fisioterapia na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear os estudos que retratam a vivência profissional do fisioterapeuta no contexto da APS;
- Investigar a presença de limites e possibilidades da atuação do profissional de fisioterapia na APS;
- Trazer ao conhecimento a importância do fisioterapeuta na Atenção Primária.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi empregada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Nesse documento o governo inglês buscou refutar o modelo flexneriano americano de cunho curativo, baseado no reducionismo biológico e na atenção individual, e estabelecer uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começa a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (Fausto; Matta, 2007).

As propostas do Relatório Dawson propunham ainda a organização regionalizada dos serviços de saúde, hierarquizada em nível primário, secundário e terciário. Essas ideias não foram imediatamente implementadas por pressão da corporação médica, mas fundamentaram posteriores iniciativas de organização dos sistemas de saúde (Giovanella; Mendonça, 2018).

No intervalo dos anos vinte ao final dos anos setenta, desenrolou-se vários movimentos que, indireta ou diretamente, conduziram à APS. Um, muito importante, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adesão de médico generalista, embrião da medicina de família e comunidade (Lakhani *et al.*, 2007).

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi pronunciada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para assegurar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o ponto de vista curativo, individual e hospitalar, tipicamente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorialidade e democrático (Fausto; Matta, 2007).

Programas nestes sentidos passaram a ganhar espaço em ações governamentais, nos anos 70. Sendo submetidos ao campo de competências dos serviços de saúde e à organização de suas ações. É desta forma que a atenção primária ganha destaque na agenda das políticas de saúde, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências propagadoras desta proposta, que organizou a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde (Fausto; Matta, 2007).

A Assembleia Mundial de Saúde, na sua trigésima reunião anual em 1977, definiu que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Hoje conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” está declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária (Starfield, 2002).

Um marco histórico mundial da atenção primária à saúde é a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética. Essa conferência contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Na ocasião, o documento Declaração de Alma-Ata foi aprovado, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembleia-Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000 (Giovanella; Mendonça, 2018).

A conferência de Alma-Ata instituiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (Organização Mundial Da Saúde/Unicef, 1979).

Desde a conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária em Saúde (APS) é vista como indispensável para a organização do sistema de saúde e desenvolvimento da qualidade de vida da população. Existe um certo consenso internacional com relação à importância da APS, entretanto, as suas formas de organização e operacionalização são diferenciadas entre os países (Starfield, 2002).

Em 2003, seguindo iniciativa da OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou uma resolução que insta os Estados membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS. Em 2005, divulgou o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” no qual defende a necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (Giovanella; Mendonça, 2018).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, difundiu-se um modelo diferente de centro de saúde, limitado a serviços preventivos. Experimentado inicialmente em uma das colônias britânicas (Sri Lanka), esse modelo separava funções clínicas e de saúde pública. O centro de saúde atuava com foco em serviços prioritariamente preventivos, e os pacientes que necessitavam de tratamento eram encaminhados para ambulatórios de hospitais (Giovanella; Mendonça, 2018).

No Brasil, os antecedentes da atenção primária estão localizados no trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) desde os anos 40. As atividades do SESP foram influenciadas pela medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos. Seus programas incorporavam serviços preventivos e curativos que contemplavam desde campanhas sanitárias, assistência domiciliar até a assistência médica ambulatorial, serviços de urgência e de internação hospitalar organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde (Fonseca, 2001).

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, não alterou a dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica, a qual foi debatida em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, quando se confrontaram duas perspectivas: uma era unificadora, estruturada em torno de um conjunto de ideias designadas como sanitarismo desenvolvimentista, que apresentava propostas de descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população; e outra era oriunda do setor securitário, que propunha a ampliação da cobertura populacional da previdência social (Giovanella; Mendonça, 2018).

A última perspectiva consolidou-se mediante a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, já no regime autoritário, época em que se acelerou o crescimento da prática privada e empresarial da medicina na organização da atenção à saúde dentro da previdência social, ao mesmo tempo que se preservavam as práticas campanhistas isoladas no Ministério da Saúde e suas parcerias com as secretarias estaduais e municipais de Saúde (Oliveira; Teixeira, 1986).

No final da década de 1970, essas primeiras experiências em atenção primária começaram a adquirir visibilidade, dando o tom à formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde em uma perspectiva de serviços de APS integrados ao sistema de saúde no nível local. Foram exemplares, neste sentido, as experiências na organização de serviços de saúde, nos municípios de Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo, e projeto Montes Claros (Goulart, 1996).

Durante os anos 80 e 90, as propostas para APS no sistema de saúde brasileiro divergiam em muitos aspectos das reformas realizadas em boa parte dos países latino-americanos. Nestes, os governos foram motivados por agências internacionais a adotar políticas de saúde baseadas em programas seletivos de atenção primária e desassociado de ações realizadas em outros níveis de atenção, o Brasil adotou legalmente políticas sociais de caráter redistributivo e inclusivo jamais admitidas anteriormente. Nesta perspectiva, a APS, defendida e garantida no texto da Constituição Federal de 1988, foi pensada com base em princípios norteadores do SUS: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular (Fausto; Matta, 2007).

3.2 POLÍTICAS NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) declara a AB com a principal porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), e como centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As secretarias municipais de saúde, justo com as esferas estadual e federal, têm como encargo programar as ações da AB de acordo com as carências de saúde da população, bem como organizar o fluxo de pessoas, incluindo-as em linhas de cuidados, instaurando e assegurando os fluxos definidos na RAS entre os diversos pontos de atenção para certificar a integralidade e a continuidade do cuidado (Brasil, 2017).

A Política de Atenção Básica foi representada inicialmente pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de 1991, primeiro programa no âmbito de atenção básica nacional, composto por agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeira-supervisora, tendo como alvo principal a saúde materna-infantil. Em seguida, em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), considerado uma possibilidade de reformulação do modelo assistencial pelo seu potencial de trabalhar a partir de um território definido, por meio de uma equipe multiprofissional tendendo a ser menos médico-centrada e com a ideia de vigilância, assistência e promoção da saúde (Vasconcelos; Schmaller, 2011).

Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas (Abrasco; Cebes, 2017).

O Piso da Atenção Básica (PAB) consiste em uma soma de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) designada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em uma soma de recursos financeiros destinados a incentivar a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); Agentes Comunitários de

Saúde (ACS); Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais (CER); Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário (Brasil, 2007).

Em 1998, foi estabelecido o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica, processo que se revigorou periodicamente por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB no SUS. Desdobrou-se, também, em outros dispositivos de fortalecimento da AB, como, por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), também em 1998, substituindo o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (SIPACS) (Brasil, 1998).

Ainda visando à reorientação do modelo de atenção, em 2002, foi criado o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia executável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do PROESF, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (ESF), com a finalidade de qualificação da AB por meio da avaliação (Fonseca; Mendonça, 2014).

A agenda política de fortalecimento da APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Naquele mesmo ano, foi publicada a PNAB, revisada em 2011, buscando defender a centralidade da ESF para firmar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, fornecer cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo integrou um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados (Brasil, 2006).

Também em 2011, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que incorporou elementos da AMQ e ampliou as vertentes de avaliação, tendo como finalidade a certificação das ESF. Esse Programa permitiu incorporar formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados provenientes da avaliação, constituindo-se em um mecanismo de incentivo de novas práticas (Fonseca; Mendonça, 2014).

Em setembro de 2017, a Portaria nº 2.436 instituiu a nova PNAB, que consolida conceitos, reafirma princípios instituídos nas Políticas anteriores (2006 e 2011) e propõe

mudanças significativas nas modalidades e na composição das equipes, com a flexibilização da carga horária de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS); a possibilidade de redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes; a não priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF) do ponto de vista da indução financeira, além de mudanças nas atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde (Brasil, 2017).

De acordo com a nova PNAB 2017, os recursos que integram o PAB Variável continuam sendo intitulados como condicionados à implantação de estratégias e programas da AB. Isso corresponde aos recursos específicos para os municípios que implantarem: as ESF, as Equipes de Atenção Básica (EAB) - diferenciando-se da ESF -, as Equipes de Saúde Bucal (ESB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), dos Consultórios na Rua (ECR), de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e Ribeirinhas (ESFR) e Programa Saúde na Escola (PSE) e Programa Academia da Saúde (PAS) (Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

3.3 FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

No contexto brasileiro, a Fisioterapia surgiu devido aos inúmeros casos de crianças com sequelas físicas de poliomielite, na década de 20, o que impulsionou a criação da primeira instituição visando a formação de fisioterapeutas, outra vez influenciando o perfil de atuação desse profissional na reabilitação. Também, na primeira metade do século XX o crescente número de acidentes de trabalho nas indústrias repercutiu na reabilitação da mão de obra para sua reintegração ao mercado de trabalho, requerendo o surgimento da Fisioterapia (Bispo Júnior, 2009).

A fisioterapia foi instituída no Brasil como profissão de nível superior em 1969, por meio da publicação do Decreto-Lei n.º 938/69. Anteriormente, a função de fisioterapeuta era reconhecida como de nível técnico. Esse decreto foi um grande marco para a profissão, pois trouxe ao fisioterapeuta maior reconhecimento e mais autonomia. A partir dele sucedeu a regulamentação da profissão, e com ela foi embasada como atividade privativa do fisioterapeuta a execução de métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (Reeves, 2016).

De acordo com a Resolução nº 08 de 1978 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), o campo de atuação da Fisioterapia foi ampliado, pois de acordo com essa resolução o objetivo da atividade profissional seria a saúde nos níveis de prevenção primária (voltadas à promoção de saúde e proteção específica), secundária (voltadas ao diagnóstico precoce) e terciária (voltadas à reabilitação) (Coffito, 1978).

Em 1980, a formação em Fisioterapia, passou por um rearranjo de seu objeto de trabalho, para incorporar a promoção da saúde e a prevenção de doenças da população como área de atuação. Desde então, os cursos de Fisioterapia têm acrescentado, a promoção da saúde e a prevenção de doenças nas suas estruturas curriculares (Neves; Aciole, 2011).

Apesar da atuação do profissional fisioterapeuta ainda concentrar suas ações na recuperação da saúde dos indivíduos, já é possível observar a participação desses profissionais em atividades de atenção primária e de Saúde Coletiva (Mestriner *et al.*, 2022).

Em 2006, o Programa Saúde da Família (PSF) foi oficialmente transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), quando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou o escopo da atenção básica e validou a Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substituto para organização e consolidação da atenção primária no Brasil (Giovannella *et al.*, 2009).

Com a ampliação do campo de atuação da fisioterapia, voltada também para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças, esse profissional passou a ganhar espaço na saúde pública, especialmente na atenção primária à saúde, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). E na tentativa de garantir a integralidade na atenção à saúde ficou evidente que precisava da inserção de outros profissionais, como o fisioterapeuta, além dos que constituem a equipe mínima de ESF, desta maneira o NASF foi criado em 2008, por meio da Portaria 154 de 24 de janeiro, para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, bem como as ações da atenção primária à saúde (Brasil, 2008).

Considerando as necessidades e as exigências da saúde coletiva prevista no sistema de saúde do país, através de uma assistência profissional adequada, a Fisioterapia em Saúde Coletiva foi reconhecida pelo COFFITO como especialidade do fisioterapeuta pela Resolução nº 363/2009 e mais recentemente a Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013 (Coffito, 2009; Coffito, 2013).

Artigo 4º– O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil.

No dia 28 de outubro de 2021 foi sancionada a Lei 14.231 que inclui os profissionais da fisioterapia e da terapia ocupacional na ESF, no âmbito do SUS. A lei destaca que caberá ao gestor de cada esfera de governo definir a forma de inserção e de participação desses

profissionais, tendo como base as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (Brasil, 2021).

A expansão da Fisioterapia vem ocorrendo gradativamente, principalmente na atenção primária à saúde e em decorrência da necessidade de concretizar a integralidade na atenção à saúde da população (Mestriner *et al.*, 2022).

A *Portaria n°635*, de 22 de maio de 2023 do Ministério da Saúde emergiu trazendo incentivos financeiros para custear a implantação das equipes multiprofissionais (eMulti) na APS. As eMulti surge reconstruindo o cenário da APS no Brasil, vem surgindo com o objetivo de ampliar as práticas e aprimorar a resolutividade da APS e integrar a assistência, prevenção, promoção de saúde, fortalecendo as ações interprofissionais (Ministério da Saúde, 2023).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com abordagem qualitativa. Os estudos bibliográficos são essenciais na construção de todo trabalho científico e acadêmico. O levantamento bibliográfico traz ao pesquisador uma diversidade de conhecimentos relevantes sobre publicações em periódicos, livros, revistas, entre outras fontes., possibilitando a ampliação dos conhecimentos e melhorando a fundamentação teórica. Vale ressaltar a relevância do cuidado com as fontes de pesquisas, se atentando a sua fidedignidade.

Todos os tipos de pesquisa abrangem o estudo bibliográfico, visto que todo trabalho exige o referencial teórico. Entre as fases deste estudo, existe algumas que são fundamentais, sendo elas a definição do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formação do problema; construção do propósito da temática; procura das fontes; análise da leitura; classificação; organização lógica do tema, e desenvolvimento do texto (Prodanov; Freitas, 2013).

A RIL consiste na construção de uma análise ampla da literatura contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (Mendes; Silveira; Galvão, 2013).

A RIL conta com um protocolo pré-estabelecido que norteou toda a construção desse estudo desde a identificação da problemática, perpassando pela coleta de informações e dados até o desfecho da produção. Para tanto Mendes, Silveira e Galvão (2008) propuseram seis etapas fundamentais que foram seguidas. As etapas seguidas pela autora são apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Etapas da Revisão de Literatura

ETAPAS	DEFINIÇÃO	CONDUTA A SER REALIZADAS
1º	Identificação do tema/problema	<ul style="list-style-type: none"> - Formação da hipótese ou questão de pesquisa; - Identificar palavras chaves; - Tema relacionado com a prática clínica.
2º	Estabelecimento de critérios de elegibilidade dos estudos e busca na literatura	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de bases de dados; - Estabelecer critérios de inclusão e exclusão.
3º	Categorização dos estudos	<ul style="list-style-type: none"> - Extração de informações; - Organização e sumarizar as informações.

4º	Avaliação dos estudos incluídos na revisão	- Análise crítica dos estudos selecionados.
5º	Interpretação dos resultados	- Discutir os resultados; - Sugestão de recomendações.
6º	Apresentação da revisão	- Resumo das evidências disponíveis; - Criação de documento que descreva detalhadamente a revisão.

Fonte: Mendes; Silveira; Galvão, 2008.

4.2 FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA

A formulação da questão norteadora se deu através da estratégia PICO. Segundo o Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa (2014), a estratégia PICO, é voltada para a pesquisa não-clínica, podendo ser empregada na formulação dessa questão norteadora considerando-se este acrônimo pelas letras da sigla: P – População; I – Interesse; Co – Contexto. Essa estratégia foi adotada para um melhor delineamento da pergunta de pesquisa deste estudo.

Na presente pesquisa, define-se como população – Profissionais de Fisioterapia; como Interesse – Atuação destes na Atenção Primária à Saúde; e como contexto – Atenção Primária à Saúde (APS). Assim propõe-se como questão norteadora da RIL: Como vem se configurando a atuação do profissional de Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde?

4.3 PERÍODO DE COLETA

A busca por estudos ocorreu nas bases de dados entre os meses de fevereiro a abril de 2024, após a apresentação e qualificação do projeto de pesquisa juntamente a banca examinadora do curso de fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS).

4.4 BASE DE DADOS PARA BUSCA

A busca de artigos foi realizada nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): LILASC, MEDLINE e na SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Através do cruzamento dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Fisioterapia (*Physiotherapy*); Atenção Primária (*Primary Care*). Utilizando como operador booleano o AND na busca avançada cruzada entre os descritores.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No que se refere a escolha dos artigos fizeram parte da construção dessa pesquisa, foram incluídos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos originais; textos completos; idiomas português e inglês; ano de publicação de 2014 a 2024.

Os critérios de exclusão foram: monografias; revisões; dissertações e teses; idiomas, estudos duplicados/repetidos, com texto completo indisponível para acesso aberto e/ou artigos que não abordam o conteúdo pertinente ao objetivo do estudo.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta para a extração dos dados (ANEXO A) foi desenvolvido através das variáveis bibliométricas: título, autores, ano de publicação, objetivo, metodologia, local do estudo e resultados, anteriormente, elaborado e validado por Ursi (2005). Esse processo garante a minimização de erros de transcrição e maior precisão na checagem de informações a serem registrada (Ursi, 2005; Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

4.7 ANÁLISE, ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A organização dos dados da pesquisa ocorreu, inicialmente, com a sumarização dos resultados em um quadro síntese, organizado da seguinte maneira: título; ano da publicação; objetivo; método, local e resultados do estudo.

Para a análise e interpretação dos achados, se constituiu uma síntese descritiva dos estudos utilizados. O material obtido através do levantamento bibliográfico foi submetido à análise de conteúdo de acordo com as três fases operacionais propostas por Bardin (2015). As fases que foram seguidas estão descritas abaixo;

1º fase: Pré-análise, que corresponde ao contato inicial com o material selecionados para investigação, que diz respeito a chamada leitura "flutuante", para conhecer, formular hipóteses e pressupostos que norteiem a interpretação final, mas para tanto existem regras que devem ser respeitadas, são elas:

- A exaustividade, que se refere a investigação de toda temática exclusão dos detalhes de modo a contemplá-la em sua totalidade;
- A representatividade, corresponde com apresentação de amostras que expressem a dimensão do objeto de estudo;
- A homogeneidade, indica a necessidade de haver correspondência entre os dados encontrados com o tema analisado, bem como as técnicas utilizadas;

- A pertinência, diz respeito a relação dos materiais encontrados com os objetivos e objeto de estudo da pesquisa; e
- A exclusividade, um elemento não deve estar presente em mais de uma divisão.

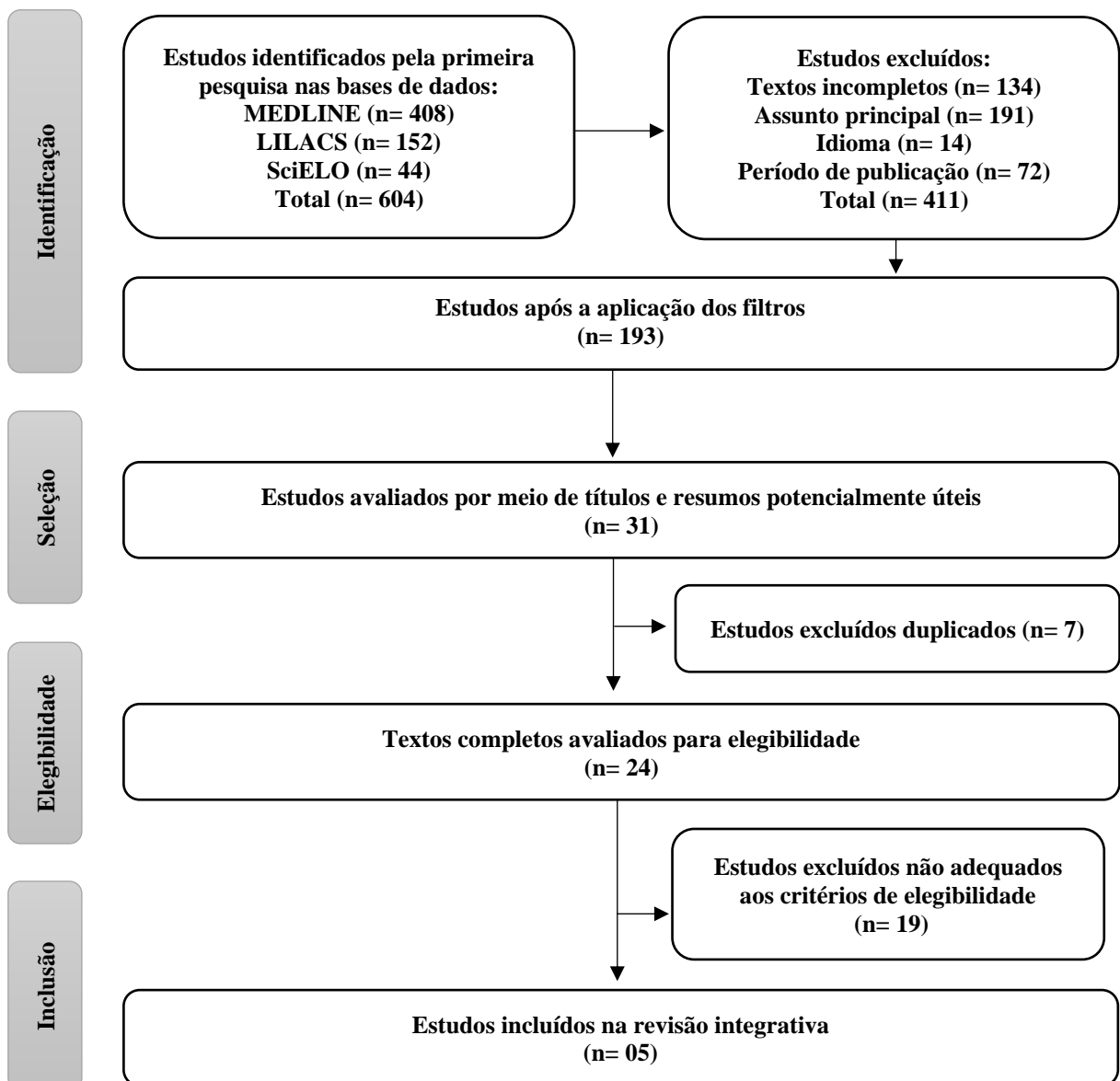
2º fase: Exploração de material, na qual ocorre a codificação que corresponde a seleção das unidades de registro, classificação e categorização que favorece o agrupamento de informações de forma esquematizada de modo a associá-las, compará-las e ordená-las de modo que as mesmas fiquem dispostas em classes de acordo com os respectivos acontecimentos.

3º fase: Tratamento dos resultados, que equivale a interpretação propriamente dita e a construção do relatório da pesquisa. Na qual o pesquisador busca apresentar os dados encontrados de modo a expressar sua relevância e validade científica, articulando os achados de maneira lógica e sequencial (Bardin, 2015).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca por estudos foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, utilizando os descritores “fisioterapia” e “atenção primária”, com o operador booleano “AND”. A amostra inicial foi de 604 artigos, em seguida, foram aplicados os filtros: textos completos; assunto principal: atenção primária à saúde e fisioterapeutas; idioma: português e inglês; recorte temporal: 2014 a 2024, onde foram excluídos 411 estudos. Obteve-se então, uma amostra de 193 artigos. Aplicando os critérios de elegibilidade para avaliar os estudos encontrados, foram obtidos 5 artigos adequados com os critérios e excluídos 29 artigos inadequados aos critérios de elegibilidade. Obtendo uma amostra final de 5 artigos para a análise.

Figura 1 – Fluxograma da estratégia de busca nas bases de dados baseados no modelo proposto pelo *checklist* PRISMA. Icó, Ceará, Brasil, 2024.



5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Os resultados da RIL permitiram a elaboração de um quadro-síntese (Quadro 2) no qual consta a sumarização dos dados bibliométricos: título; ano de publicação; autores; objetivos; metodologia; local de estudo e resultados.

Quadro 2 – Variáveis bibliométricas dos estudos selecionados para análise.

Códigos	Título	Autores	Ano	Objetivo	Metodologia	Local	Resultados
A01	Atuação do fisioterapeuta nos núcleos de apoio à saúde da família em Teresina, Piauí	Allan Dellon da Silva; Luciana Tolstenko Nogueira; Hengrid Graciely Nascimento Silva; Samanta Cris Monteiro Frota.	2020	Analisar a atuação do fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Teresina, Piauí.	Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados se deu por meio da aplicação de um questionário semiestruturado com todos os fisioterapeutas que trabalham no NASF-AB de Teresina-PI.	Teresina - PI	Todos os profissionais realizam atendimentos individuais na Unidade Básica de Saúde, e as disfunções mais comumente encontradas estão relacionadas às áreas de Traumatologia (100%), neurologia (83,33%), reumatologia (50%) e fisioterapia respiratória (33,33%). A maioria dos fisioterapeutas realizam atividades em grupo, ações preventivas e educação em saúde voltada para saúde da criança e adolescentes, saúde da mulher, saúde do homem e saúde do idoso.

A02	Atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde do município de Crateús - CE	Hellen Karine da Silva Camêlo; Gisele Maria Melo Soares Arruda; Thiago Brasileiro de Vasconcelos; Maria Iracema Capistrano Bezerra.	2021	Este estudo teve como objetivo analisar a atuação dos fisioterapeutas na APS do município de Crateús-Ceará	Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em abril de 2016 por meio de entrevistas semiestruturadas e analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo.	Crateús-CE	As principais atividades desenvolvidas pelas fisioterapeutas são visitas domiciliares e atividades coletivas. Os desafios enfrentados foram poucos fisioterapeutas incluídos na APS, falta de transporte, infraestrutura precária, necessidade de Educação Permanente e resistência ao modelo de trabalho do fisioterapeuta na APS.
A03	Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na atenção primária à saúde	Cíntia Raquel Bim; Brígida Gimenez de Carvalho; Celita Salmaso Trelha; Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro; Rossana Staevie Baduy; Alberto Durán González.	2021	Compreender a rotina e as ferramentas utilizadas por fisioterapeutas na atenção primária à saúde e analisar seus determinantes para a produção do cuidado em um município que possui fisioterapeutas em todas as unidades básicas de saúde.	Realizou-se pesquisa qualitativa em uma cidade do sul do Brasil, com 19 fisioterapeutas, através de entrevista semiestruturada e referencial metodológico de análise do discurso.	Londrina -PR	As principais ferramentas utilizadas na rotina do serviço de fisioterapia no contexto estudado são atendimentos individuais, visitas domiciliares e trabalho em grupos. As práticas fisioterapêuticas são influenciadas por políticas públicas de saúde, gestão municipal e da unidade de serviço, perfil dos fisioterapeutas e características do território e da população assistida.

A04	Dos desafios às estratégias de superação do fisioterapeuta do NASF: um olhar do residente	Paulo Henrique Caetano de Sousa; Denise Gonçalves Moura Pinheiro; Gisele Maria Melo Soares Arruda; Bernardo Diniz Coutinho.	2018	Objetiva-se descrever as competências e discutir as dificuldades de execução das atribuições do fisioterapeuta do NASF diante da realidade de um município cearense com base na ótica de um fisioterapeuta residente em saúde da família.	Trata-se de relato de experiência em que foi utilizado o método narrativo-analítico com base nos relatos e no cotidiano vivenciados pelo autor no município de Horizonte, CE.	Horizonte - CE	Em Horizonte, tendo em vista sua demografia e sua recente de fundação, não houve possibilidade de realização das atribuições já explanadas. Pode-se relatar a dificuldade na utilização do transporte para as visitas domiciliares e demais atividades externas, o rigor da formação do fisioterapeuta com foco clínico e barreiras na realização do apoio matricial.
A05	Atuação do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Madlene de Oliveira Souza; Kionna Oliveira Bernardes dos Santos.	2017	O estudo teve como objetivo descrever a atuação do fisioterapeuta no contexto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	Foi realizada uma pesquisa quantitativa com censo transversal de Fisioterapeutas atuantes no NASF da cidade de Salvador, Bahia. O instrumento foi um questionário elaborado pelos pesquisadores, e foi baseado em leituras prévias relacionadas ao tema do trabalho.	Salvador - BA	Houve presença do fisioterapeuta em todas as equipes NASF, com predomínio do tipo I e NASF com vínculos efetivos recentes. Foram apresentadas dificuldades que permeiam desde a responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços, até as questões operacionais como falta de recursos, transporte e desmonte do sistema de saúde que levaram a maior parte das limitações do trabalho no NASF.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os estudos, em sua maioria, são voltados para a atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde em seus respectivos municípios, mostrando as práticas fisioterapêuticas realizadas e as dificuldades encontradas por eles. Além disso, os profissionais que compõem as equipes de atenção básica ainda vivenciam alguns obstáculos que dificultam o processo de trabalho e, conseqüentemente, uma atuação mais efetiva (Da Silva *et al.*, 2020).

De maneira genérica, o objetivo dos artigos é evidenciar a atuação do fisioterapeuta dentro das linhas de base da APS, além de compreender as ferramentas utilizadas na atuação e discutir as dificuldades de execução das atividades encontradas por esses profissionais durante suas rotinas de trabalho (Da Silva *et al.*, 2020; Bim *et al.*, 2021; Sousa *et al.*, 2018).

No que se refere às metodologias dos artigos, dois foram estudos qualitativos realizados com fisioterapeutas a partir de entrevistas semiestruturadas com perguntas relacionadas às ações fisioterapêuticas e às dificuldades encontradas por eles na APS. Um era relato de experiência que abordava a vivência de um residente de fisioterapia na AB, durante seu processo de formação. E duas pesquisas tratavam-se de estudos qualitativos realizados com fisioterapeutas atuantes no NASF de dois estados.

Dos cinco artigos utilizados, todos são brasileiros. A predominância dos estudos ocorreu nas unidades de ABS com fisioterapeutas atuantes no contexto da atenção primária à saúde e nas ações realizadas por eles. Houve uma grande variação de localidades nas pesquisas, tendo como diversidade na localização dos estudos brasileiros: um na Bahia, dois no Ceará, um no Paraná e um no Piauí.

Diante dos resultados analisados nos estudos, foi possível identificar que as atividades realizadas eram visitas domiciliares, atendimentos individuais e atividades em grupo e ações preventivas e de educação em saúde, voltadas para a saúde da criança e adolescente, saúde da mulher, saúde do homem e saúde da pessoa idosa.

Além disso, evidenciam-se as dificuldades encontradas pelos fisioterapeutas por falta de recursos para atividades, dificuldade de transporte para levá-los para visitas domiciliares, infraestruturas precárias nas unidades, além da baixa quantidade de profissionais inseridos na APS, e da grande demanda de trabalho.

5.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A base teórica dos dados dos estudos selecionados foi elaborada através de uma análise do conteúdo, no qual permitiu a construção de categorias caracterizadas em síntese descritiva e discutidas sobre a literatura.

A utilização do instrumento de coleta de dados possibilitou a criação de duas categorias, sendo elas: “Principais ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas atuantes na APS” e “Desafios enfrentados pelos fisioterapeutas no cotidiano de trabalho na APS”.

5.2.1 Categoria 1 – Principais ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas atuantes na APS

No estudo A01, os autores relatam que as principais atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas entrevistados do município de Teresina – PI, eram atendimentos em grupos na UBS e atendimentos individuais específicos. Quanta às ações em grupos, tratavam-se principalmente de atendimentos voltados para a saúde da mulher, utilizando técnicas fisioterapêuticas e ações preventivas (Da Silva *et al.*, 2020).

Segundo Bispo Júnior (2010), um dos grupos que mais se beneficiam com os atendimentos voltados para saúde da mulher é o grupo de gestantes, visto que esse período gera uma série de alterações e desconfortos para paciente. Nessa fase, a fisioterapia se mostra de suma importância, através de técnicas de alongamento e relaxamento, exercícios respiratórios, orientações posturais, exercícios que favorecem a circulação e o incentivo à amamentação.

Ainda de acordo com Da Silva *et al.*, (2020), também eram realizadas atividade em grupo voltadas a saúde do homem, saúde do idoso e saúde da criança e do adolescente, sendo realizadas na maior parte ações preventivas e educação em saúde. Além disso, o atendimento em domicílio foi citado por todos os fisioterapeutas como uma das práticas que eram realizadas por eles na APS, sendo as principais atividades no âmbito da assistência domiciliar as orientações para pacientes e cuidadores, prescrição de dispositivos auxiliares de marcha e de exercícios domiciliares.

Segundo artigo de Veja-Ramírez *et al.*, (2017), as principais técnicas que são aplicadas no atendimento domiciliar em pacientes com comprometimento motor consistem em exercícios funcionais, educação de cuidadores e orientações. Dados que enfatizam a importância da atuação da fisioterapia nesse nível de atenção, trazendo melhorias em termos de capacidade funcional para os pacientes. Esses resultados foram de acordo com as práticas realizadas pelos fisioterapeutas de Teresina-PI.

O estudo A02 trouxe como a principal prática realizadas pelos fisioterapeutas no município de Crateús-CE, as visitas domiciliares aos indivíduos restritos ao domicílio, seja de

forma temporária ou permanente que se encontram impossibilitados de se deslocarem para a UBS para os atendimentos de fisioterapia (Camelô *et al.*, 2021).

No artigo A04, a visitas domiciliares também era a principal ação desenvolvidas pelos fisioterapeutas do município de Horizonte-CE, devido à alta demanda de pacientes restritos ao leito com condições traumato-ortopédicas e/ou neurológicas que precisavam de assistência (Sousa *et al.*, 2018).

A intervenção fisioterapêutica no domicílio proporciona que o profissional adentre ao espaço da família, conhecendo a realidade social, econômica e familiar do paciente, o que possibilita uma visão ampliada de atenção à saúde capaz de identificar suas necessidades e potencialidades e, assim trazer orientações mais voltadas às reais necessidades desse paciente, favorecendo uma melhor qualidade de vida para o mesmo através da compreensão do seu modo de vida (Viana *et al.*, 2013).

De acordo com Bezerra, Lima e Lima (2015) os benefícios que podem ser percebidos pela comunidade através das visitas domiciliares por parte de um fisioterapeuta no âmbito da APS são: prevenção dos efeitos adversos da imobilização no leito; melhora na independência funcional do paciente; facilitação do cuidado para com o paciente e sua família; redução da demanda reprimida de idosos restritos ao domicílio, onde a família não conta com condições financeiras e meio de locomoção.

O estudo A03 traz o atendimento individual específico como a prática mais realizada pelos fisioterapeutas do município de Londrina-PR. Nessa abordagem, são realizadas avaliações que visam o estabelecimento de objetivos e elaboração do plano de tratamento. A avaliação realizada no atendimento individual é uma das ações que compõem o processo de trabalho do fisioterapeuta, e esse deve estar apto a realizar a triagem clínica de primeiro contato na APS (Bim *et al.*, 2021).

Ainda sobre o estudo de Bim *et al.*, (2021), após a avaliação, o usuário pode ter retorno com o fisioterapeuta, ser encaminhado para os grupos de atividades cinético-funcionais existentes na UBS ou ser encaminhado para o atendimento nas clínicas conveniadas em nível de atenção de média complexidade. Devido à alta demanda dos atendimentos individuais as ações dos fisioterapeutas da APS, ficam mais voltadas para a assistência e reabilitação do que para a promoção e prevenção em saúde.

Existe uma alta demanda de avaliações musculoesqueléticas, sendo a queixa mais frequente da APS. Em contrapartida, para gerar melhorias a saúde da população nesse nível de atenção, é preciso atuar na prevenção, promoção, educação e tratamento de agravos, incorporando o conceito ampliado de saúde e autonomia da população. Porém, o tempo

dedicado a essas ações ainda é incipiente comparado ao destinado as demandas individuais, gerando expressivo números de consultas individuais (Brito; Mendes; Santos, 2018).

Os grupos terapêuticos são outra prática fisioterapêutica na APS, os mais frequentes são os de dor e alongamentos que atendem a frequente demanda da UBS. Os demais grupos variam a temática com a demanda da unidade, sendo alguns deles interprofissionais: tabagismo, gestantes, obesidade, fortalecimento, ombro, coluna, dança terapia, auriculoterapia e *isostretching*. Alguns grupos acontecem de forma semanal e outros na forma de módulos, como é o caso do grupo de tabagismo (Bim *et al.*, 2021).

Segundo Fernandes *et al.*, (2019), as práticas em grupo constituem um importante recurso de cuidado na APS, podendo ser realizadas em diferentes modalidades. Os usuários tem uma percepção positiva sobre às práticas de grupos oferecidas pelo NASF, gerando bons resultados terapêuticos e favorecendo a criação de vínculos afetivos, que acabam por proporcionar o fortalecimento das relações interpessoais, bem-estar e melhoria na qualidade de vida dos usuários.

No estudo A03 foram relatadas pelos profissionais algumas práticas pontuais, que não faziam parte da vivência de todos. Destacam-se: o matriciamento, reunião mensal entre os fisioterapeutas para educação permanente, a construção do mapa do território, encaminhamento de pacientes para o serviço de órtese e prótese e para terapia aquática. O uso das ferramentas tecnológicas do NASF faz parte das ações fisioterapêuticas, onde o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (PTS) foram os mais comentados, entretanto, não são ferramentas preconizadas na rotina de serviço do município estudado (Bim *et al.*, 2021).

O elemento central da proposta do NASF é o apoio matricial, que conta com duas dimensões de apoio: assistencial e ação técnico-pedagógico, responsáveis por dar suporte educacional para o compartilhamento do conhecimento da equipe na busca de soluções para as necessidades de saúde da população. A dimensão técnico-pedagógica é apontada como a mais frágil em relação ao papel do fisioterapeuta no NASF, evidenciando a necessidade de desenvolver uma educação permanente nos serviços de saúde (Bispo Júnior; Moreira, 2017).

O estudo A05, apresenta como as mais frequentes atividades realizadas pelos fisioterapeutas no município de Salvador-BA, como sendo as visitas domiciliares e atividades em grupos com a comunidade (Souza; Santos, 2017).

As atividades em grupos podem ser consideradas uma das intervenções mais frequente na rotina de trabalho de um profissional do NASF. Entretanto, as visitas domiciliares configuram-se com a atividade mais realizada pelos fisioterapeutas. As necessidades do

território, do usuário ou da família e a rede do município pode influenciar na demanda de atendimentos específicos individuais (Brasil, 2014).

5.2.2 Categoria 2 – Desafios enfrentados pelos fisioterapeutas no cotidiano de trabalho na APS

Segundo o artigo A01, a inserção da fisioterapia na APS tem apresentado grandes avanços, contudo, uma das limitações para uma atuação mais efetiva são as condições de trabalho, no que tange a infraestrutura e ambiência, onde os profissionais entrevistados avaliaram como regular suas condições de trabalho e se mostraram insatisfeitos com a interdisciplinaridade e trabalho em equipe com outros profissionais, pois ainda apresentam dificuldades na articulação entre as equipes (Da Silva *et al.*, 2020).

Da Silva *et al.*, (2020), traz com possíveis fatores responsáveis por essa insatisfação dos profissionais, a baixa quantidade de equipes do NASF-AB e o elevado número de equipes do ESF existentes no município de Teresina – PI. Com a pouca quantidade de NASF-AB o acesso do fisioterapeuta para a atuação nesse nível de atenção se torna limitado.

Os fisioterapeutas inseridos no NASF-AB relatam dificuldades para a obtenção de espaço físico adequado para seus atendimentos, além de falta de recursos tecnológicos/equipamentos e falta de interação entre as equipes (De Amorim *et al.*, 2017).

Apesar dos profissionais do NASF-AB não terem como prioridade o atendimento individual em espaço físico independente, a falta de materiais de apoio para prática das suas atividades lúdicas adicionado à falta de um local adequado para a realização dessas atividades ainda se mostra um desafio frequente entre os profissionais que compõem o NASF-AB, restringindo a atuação desses profissionais e gerando insatisfação (Araujo *et al.*, 2018).

O estudo A02, apontou como a principal dificuldade a insuficiente quantidade de fisioterapeutas no município de Crateús-CE, sinalizando à necessidade de incluir mais fisioterapeutas nos serviços de APS. E também trouxe a falta de transporte, de material de trabalho específico para fisioterapia e a precariedade da estrutura física de alguma UBS como desafios enfrentados diariamente pelos profissionais atuantes no município (Camelô *et al.*, 2021).

No artigo A04, trouxe como desafio a equipe reduzida, onde no NASF do município existe somente um fisioterapeuta atuando 20 horas semanais, responsável pela assistência de 23 equipes de saúde da família, apresentando dificuldades no apoio logístico, com o transporte e com os materiais necessários de aporte às demandas fisioterapêuticas (Sousa *et al.*, 2018).

Percebe-se, que o déficit de infraestrutura básica ou de materiais básicos de apoio terapêutico não são exclusivos do estudo A02. O estudo A04 feito no município de Horizonte-CE, traz a vivência de outro município cearense que apresenta esses desafios, onde os fisioterapeutas relataram a utilização em seus atendimentos no NASF apenas recursos de terapias manuais, por falta de outros recursos de atendimento (Sousa *et al.*, 2018).

Entretanto, para Soares e Bezerra (2014), as terapias manuais e as orientações ao usuário e cuidador são potentes ferramentas de trabalho na APS, visto que a recuperação funcional não necessariamente demanda equipamentos de alta densidade tecnológica ou a frequência de atendimentos voltados a clínica tradicional.

No artigo A03, os fisioterapeutas contaram ter dificuldades em mensurar e registrar a eficácia, na prática diária não são priorizados a avaliação e acompanhamento da evolução dos pacientes, o que acaba comprometendo e desvalorizando a construção científica das ações fisioterapêuticas na APS (Bim *et al.*, 2021).

Outra dificuldade relatada pelos entrevistados do artigo A03, foi a falta implementação das tecnologias de relações ou tecnologias leves, como produção de vínculo, acolhimento e gestão do processo de trabalho, sendo um assunto pouco discutido e utilizado na prática dos serviços de fisioterapia brasileiros (Bim *et al.*, 2021).

O registro das ações realizadas na rotina dos serviços é uma atividade obrigatória do fisioterapeuta. A fragilidade nos registros da atividade bem como na execução do planejamento sistematizado, principalmente no monitoramento e avaliação das ações comprometem a organização e resolutividade das ações (Silva *et al.*, 2017).

No artigo A05, foram frequentemente observadas limitações para o desempenho do trabalho no NASF, as mais observadas são a ausência de recursos/materiais, transporte e desarticulação da rede, baixa participação da ESF no desenvolvimento do trabalho no NASF e a baixa participação da comunidade nas atividades do NASF (Souza; Santos, 2017).

Segundo Anjos *et al.*, (2013), a limitação da rede de serviços em muitos níveis de atenção é um obstáculo para a resolução de problemas na AB. Existem entraves na atuação do fisioterapeuta no NASF, e mudanças devem acontecer tanto na organização dos serviços quanto nas condutas dos profissionais de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta revisão de literatura se configurou como uma confirmação sobre a importância do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, e como esses profissionais ainda enfrentam desafios para o desenvolvimento das suas atribuições. O objetivo principal desse estudo foi alcançado, visto que, foi possível compreender as ações desenvolvidas pelos profissionais em diversas regiões do país.

As evidências, mostram que as principais ações dos fisioterapeutas são voltadas as visitas domiciliares para pacientes restritos, baseando-se em orientações aos pacientes e cuidadores, prescrição de dispositivos auxiliares de marcha e de exercícios domiciliares. Também era realizados atendimentos individuais específicos e atendimento em grupo para educação em saúde, voltadas para saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso e saúde da criança e adolescente.

Ademais, foi possível conhecer os desafios enfrentados pelos profissionais no cotidiano de trabalho, que se refere a grande demanda e a insuficiente quantidade de fisioterapeutas, ocasionando sobrecarga de trabalho e falta de atenção necessária para o cuidado integral. Dentre os desafios, destacam-se falta de recursos/materiais básicos de apoio e de transporte, falta interação entre as equipes e baixa participação da comunidade nas atividades desenvolvidas.

Percebe-se, que ainda é um tema pouco debatido e valorizado, ainda há muitas barreiras relacionadas a adesão desses profissionais nesse nível de atenção e cuidado. Houve uma carência na literatura de estudos retratando a vivência dos fisioterapeutas atuantes na APS.

Dessa forma, é perceptível ainda a necessidade de mais estudos que busquem conhecer a vivência dos fisioterapeutas no contexto da atenção primária a saúde, visando levar ao conhecimento de todos a importância desse profissional está inserido nas equipes multidisciplinares dentro das estratégias da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

ABRASCO; CEBES; ENSP. Contra a reformulação da PNA - nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 11 maio 2023.

ANJOS, K. F. *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 672-680, 2013.

ARAUJO, J. D. *et al.* Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 04, p. e280417, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed- São Paulo: Edições:70, 2015.

BEZERRA, M. I. C.; LIMA, M. J. M. R.; LIMA, Y. C. P. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na estratégia saúde da família. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015.

BIM, C. R. *et al.* Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. **Fisioterapia em Movimento**, v. 34, p. e34109, 2021.

BIM, C. R.; GONZÁLEZ, A. D. Processo de formação de fisioterapeutas na atenção básica: reflexões sobre integração ensino-serviço. **Fisioterapia em Movimento**, v. 33, p. e003345, 2020.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1627-1636, 2010.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00108116, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021. Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 29 Out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 22 Set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União**. 28 Mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Primária. Política Nacional de Atenção Básica / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 17 nov. 1998.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS, N. P. M. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 975-995, 2018.

CAMÊLO, H. K. S. *et al.* Atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde do município de Crateús-CE. **Rev. APS**, p. 750-764, 2021.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº. 08, de 20 de fevereiro de 1978. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2765>. Acesso em: 17 maio 2023.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº. 363, de 20 de maio de 2009. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3126>. Acesso em: 17 maio 2023.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº424, de 08 de julho de 2013. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>. Acesso em: 17 maio 2023.

DA SILVA, A. D. *et al.* Atuação do fisioterapeuta nos núcleos de apoio à saúde da família em Teresina, Piauí. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 10, n. 4, p. 648-657, 2020.

DE AMORIM, J. F. *et al.* Percepção dos Fisioterapeutas sobre sua Atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista InterScientia**, v. 5, n. 1, p. 105-115, 2017.

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 669-681, 2006.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico perspectivas. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**, p. 43, 2007.

FERNANDES, E. T. P.; SOUZA, M. N. L.; RODRIGUES, S. M. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290115, 2019.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA M. H. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: GUIZARDI, F. *et al.* **Políticas de Participação e Saúde**. 1 ed. Recife: Editora Universitária-UFPE, p. 197-224, 2014.

FONSECA, C. O. As campanhas sanitárias e o ministério da saúde (1953-1990). In: BENCHIMOL, J. (Coord.) **Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, 2001.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOULART, F. A. Municipalização: veredas, caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. In: **Municipalização: veredas, caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.

LAKHANI M. *et al.* **O futuro da Clínica geral**: um roteiro. London, Royal College of General Practitioners, 2007.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 328-340, 2018.

MENDES, A; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 224-243, 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista texto & contexto-enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MESTRINER T. L. A. *et al.* Fisioterapia, Atenção Básica e Interprofissionalidade: reflexões a partir da implementação de um estágio curricular na Comunidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 55, n. 4, 2022.

MOREIRA, D. C. *et al.* Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

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-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 551-564, 2011.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S.M.F. **Imprevidência Social**: 60 anos de história da previdência no Brasil Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

PRODANOV, C. C; FREITAS, C. E. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmicos**. 2.ed-, Rio Grande do Sul, 2013.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 185-197, 2016.

SILVA, I. C. B. *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, p. 1-10, 2017.

SOARES, G. M. M.; BEZERRA, M. I. C. Estratégias, possibilidades e conquistas da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: Estudo de Caso. **Rev fisioterapia saúde func**, v. 3, n. 1, p. 45-52, 2014.

SOUSA, P. H. C. et al. Dos desafios às estratégias de superação do fisioterapeuta do NASF: um olhar do residente. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 712-726, out./dez. 2018.

SOUZA, M. O.; SANTOS, K. O. B. Atuação do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Fisioterapia em Movimento**, 2017.

STARFIELD B. **Atenção primária**: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 776p. 2002.

TAVARES, L. R. C. *et al.* Inserção da fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-19, 2018.

URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 124-131, 2005.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, v. 17, n. 1, p. 89-118, 2011.

VEGA-RAMÍREZ, F. A. *et al.* Analysis of home-based rehabilitation in patients with motor impairment in primary care: a prospective observational study. **BMC geriatrics**, v. 17, p. 1-8, 2017.

VIANA, S. O., *et al.* Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela Fisioterapia nas unidades básicas de saúde de Betim. **Revista de APS**, v. 16, n. 3, 2013.

ANEXOS



Centro Universitário Vale do Salgado

CURSO BACHARELADO EM FISIOTERAPIA
ANEXO A – INSTRUMENTO ELABORADO POR URSI (2005)

Nome da pesquisa	Autores	Tipo de publicação	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
Intervenção estudada		Resultados	Recomendações/conclusões	