

Fisioter Bras 2020;21(6):625-46
<https://doi.org/10.33233/fb.v21i6.4348>

REVISÃO

Atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde: revisão de escopo *Physiotherapeutic performance in primary health care: scoping review*

Luana Padilha da Rocha, Ft., M.Sc.*, Fabiana de Oliveira Silva Sousa**, Washington José dos Santos, Ft., M.Sc.*, Lorena Albuquerque de Melo, Ft., M.Sc.*, Thatiana Ferreira de Vasconcelos, Ft.***

Fisioterapeuta do Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica da Prefeitura da Cidade do Recife, **Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão/PE, *Fisioterapeuta do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e do Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica da Prefeitura da Cidade do Recife*

Recebido em 8 de setembro de 2020; aceito em 3 de dezembro de 2020.

Correspondência: Washington José dos Santos, Rua João Fernandes Vieira 544/304 Boa Vista 50050-245 Recife PE

Luana Padilha da Rocha: luanapadilha1895@gmail.com
Fabiana de Oliveira Silva Sousa: oliveirasilva.fabi@gmail.com
Washington José dos Santos: washingtonfisio@gmail.com
Lorena Albuquerque de Melo: lorenalbuquerque@gmail.com
Thatiana Ferreira de Vasconcelos: nasfthatiana@gmail.com

Resumo

Apesar das evidências científicas sobre a importância da inclusão do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, constata-se que a práxis desse profissional nesse nível assistencial ainda é permeada de muitas indefinições. Este estudo teve como objetivo descrever a atuação dos fisioterapeutas que atuam na Atenção Primária à Saúde segundo evidências disponíveis na literatura científica mais atual. Trata-se de uma revisão de escopo. A coleta de dados ocorreu em janeiro e fevereiro de 2019 em três bases de dados. Foram identificados 965 estudos dos quais 27 foram selecionados segundo critérios: originalidade, disponibilidade, publicação a partir de 2009, idioma (inglês, português ou espanhol). Os resultados foram sistematizados em três categorias temáticas: atuação, principais demandas e dificuldades encontradas para atuação na atenção primária à saúde. Identificou-se diversidade de atividades realizadas pelo fisioterapeuta, com predomínio do atendimento específico individual. As principais demandas são de cuidado centrado nas doenças/agravos à saúde e as dificuldades mais citadas são a hegemonia da lógica curativo-reabilitadora e o desconhecimento dos trabalhadores e gestores quanto ao seu fazer nesse nível de atenção.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, Estratégia Saúde da Família, Fisioterapia.

Abstract

Despite the scientific evidence on the importance of including physical therapists in primary health care, it appears that the praxis of this professional at this level of care is still permeated with many vagueness. This study aimed to describe the performance of physical therapists who work in Primary Health Care according to evidence available in the most current scientific literature. This is a scoping review. Data collection took place in January and February 2019 in three databases. 965 studies were identified, of which 27 were selected according to criteria: originality, availability, publication from 2009, language (English, Portuguese or Spanish). The results were systematized into three thematic categories: performance, main demands and difficulties encountered in acting in primary health care. A diversity of activities carried out by the physical therapist was identified, with a predominance of specific individual care. The main demands are for care centered on diseases / health problems and the most common difficulties are the hegemony of the curative-rehabilitation logic and the lack of knowledge of workers and managers regarding their work at this level of care.

Keywords: primary health care, Family Health Strategy, Physical therapy.

Introdução

Desde a conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada imprescindível para a organização do sistema de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Existe certo consenso internacional com relação à importância da APS, no entanto, as suas formas de organização e operacionalização são bastante diferenciadas entre os países [1].

A implantação de diversos modelos de atenção primária no Brasil foi parte constituinte, e até fortalecedora, do movimento sanitário que foi se formando ao longo das décadas de 70 e 80 e culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Dentre estes, as Ações Integradas de Saúde, as experiências de medicina comunitária até a criação, em 1992, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que impulsionou a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 [2]. Mais tarde, proposta de atuação focada em equipe multiprofissional e com base na territorialização e no cuidado centrado nas famílias foi reconhecido como principal estratégia para reestruturação do modelo de atenção à saúde, passando a se denominar Estratégia de Saúde da Família (ESF) [3].

Na atualidade, o crescimento da prevalência das doenças e condições crônicas na população brasileira tem reiterado a necessidade de ampliar a capacidade resolutiva e a integralidade do cuidado no âmbito da APS [4]. Dentre algumas iniciativas para fortalecer a atenção primária, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da APS no Brasil [5].

Com a implementação dos Nasf, diversas profissões foram incluídas nas equipes que atuam no âmbito da APS brasileira [6]. Embora as diretrizes curriculares preconizem uma formação generalista para os profissionais de saúde [7], a maioria das categorias que podem compor o Nasf tem em seu histórico uma práxis consolidada na ênfase curativista, individual e especializada, cujos lócus de intervenção predominantes são os serviços especializados e hospitalares. Esse, também, é o caso da fisioterapia.

A implementação de mudanças nos currículos dos cursos de graduação em Fisioterapia tem viabilizado avanços para desenvolvimento de competências e habilidades que lhes permitam atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Destacando-se, ultimamente, uma crescente preocupação com a formação de um profissional com perfil voltado para a atenção primária à saúde [8].

Com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, o Nasf teve mudança de nomenclatura e passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) [9]. Atualmente, o Brasil tem 5.757 equipes do NASF-AB e, aproximadamente, 14.000 fisioterapeutas vinculados prestando serviço de apoio à saúde da família [10,11].

Ao mesmo tempo em que se observa o crescimento do número de fisioterapeutas atuando na APS, constata-se a ausência de informação destes profissionais sobre algumas atividades desenvolvidas neste nível de atenção. Apesar desta área de atuação encontrar-se em plena expansão e ser preconizada nas diretrizes curriculares, tanto a inserção, como a práxis do fisioterapeuta na APS ainda são indefinidas, o que geram muitas divergências quanto ao desempenho de suas ações. Desse modo, é essencial aprofundar a reflexão sobre os meios e modos como este profissional desenvolve o seu fazer profissional, uma vez inserido na APS [12-14].

Observa-se, então, que o papel do fisioterapeuta na atenção primária através do Nasf-AB, suas funções, seus modos de fazer e seus limites de atuação ainda não estão claros nem para a equipe interdisciplinar, nem para a população e nem para o próprio profissional, o que gera a necessidade de aprofundamento a respeito de suas atividades no exercício do trabalho em ato.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo geral descrever as práticas desenvolvidas pelos fisioterapeutas que atuam na Atenção Primária à Saúde segundo evidências disponíveis na literatura científica atual, e como objetivos específicos mapear as dificuldades encontradas em seu processo de trabalho e identificar as principais demandas para a atuação desse profissional na APS.

Material e métodos

Este estudo trata-se de uma revisão de escopo da literatura, método de pesquisa pelo qual se pode identificar os principais conceitos que alicerçam determinada área de pesquisa, analisar a extensão, alcance e natureza da investigação, bem como resumir e divulgar seus dados, auxiliando no mapeamento de limites conceituais de um determinado tema e as lacunas de pesquisas existentes [15]. Foi desenvolvido a partir da seguinte questão de pesquisa: Quais as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, segundo evidências disponíveis na literatura científica atual?

A partir disso, foram definidos os seguintes critérios de elegibilidade para delimitação da amostra:

Critérios de inclusão: Publicação versar sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde; Estudos publicados a partir de 2009 (por ser o ano seguinte ao de criação e implantação do Nasc no Brasil), nos idiomas inglês, português e espanhol.

Critérios de exclusão: Estudos de protocolo de intervenção (visto que a intervenção não foi realizada, de modo que ainda não reflete a atuação do profissional); Publicação completa não disponível gratuitamente em meio eletrônico; Estudos repetidos em bases de dados diferentes.

O levantamento bibliográfico ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2019, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), base de dados de evidências em fisioterapia (PEDro) e *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed). Para a realização da busca, os descritores controlados foram delimitados de acordo com cada base de dados, mediante consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para buscas na LILACS e no *Medical Subject Headings* (MeSH), para buscas na PEDro e na PubMed. Foram definidos os seguintes descritores controlados: Primary Health Care; Physical Therapists; Rehabilitation; Public Health e Physical Therapy Specialty (PEDro e PubMed), com seus respectivos correspondentes em português e espanhol (LILACS). Tais descritores foram combinados de diferentes maneiras, com intuito de assegurar uma busca ampla na literatura.

Para padronizar a sequência de descritores e seus cruzamentos nas bases de dados, a busca foi realizada inicialmente por pares e, a seguir, aconteceu separadamente. Os resultados encontrados foram comparados para identificar possíveis discordâncias e corrigir algum erro que pudesse acontecer nessa etapa. Nos casos de manutenção de divergências, um terceiro pesquisador foi consultado para resolução dos desentendimentos que permaneceram.

A busca nas bases de dados resultou no levantamento inicial de 965 estudos, dos quais 89 foram excluídos por não se enquadrarem no período delimitado e 4 por não estarem nos idiomas selecionados. Dos 872 restantes, 380 não estavam disponíveis eletronicamente na ocasião da busca, restando 492 publicações, as quais foram submetidas à leitura criteriosa para delimitação do tópico de interesse investigado, verificando que apenas 40 atendiam à questão de pesquisa e aos critérios de elegibilidade. Findada essa etapa, 13 publicações foram excluídas por serem repetidas, resultando um total de 27 estudos selecionados que compuseram a amostra da pesquisa, conforme ilustrado na figura 1.

A fim de extrair os dados da amostra, foi realizado o preenchimento de um instrumento contendo informações sobre identificação, objetivo, características metodológicas, principais resultados e conclusões dos estudos. Para tanto, procedeu-se a leitura e releitura completa dos artigos, os quais foram numerados por ordem de achado, de acordo com cada combinação realizada nas bases de dados e anexados aos instrumentos devidamente preenchidos para a criação de um banco de dados. O software MAXQDA 12 foi utilizado para o processamento dos dados, fornecendo as frequências estatísticas e auxiliando na categorização dos resultados levantados com o instrumento.

O quadro 1 ilustra os estudos que compuseram a amostra, com suas respectivas informações quanto ao título, aos autores, aos objetivos do estudo, às possibilidades de atuação do fisioterapeuta, as dificuldades encontradas no processo e as principais demandas para essa categoria profissional.

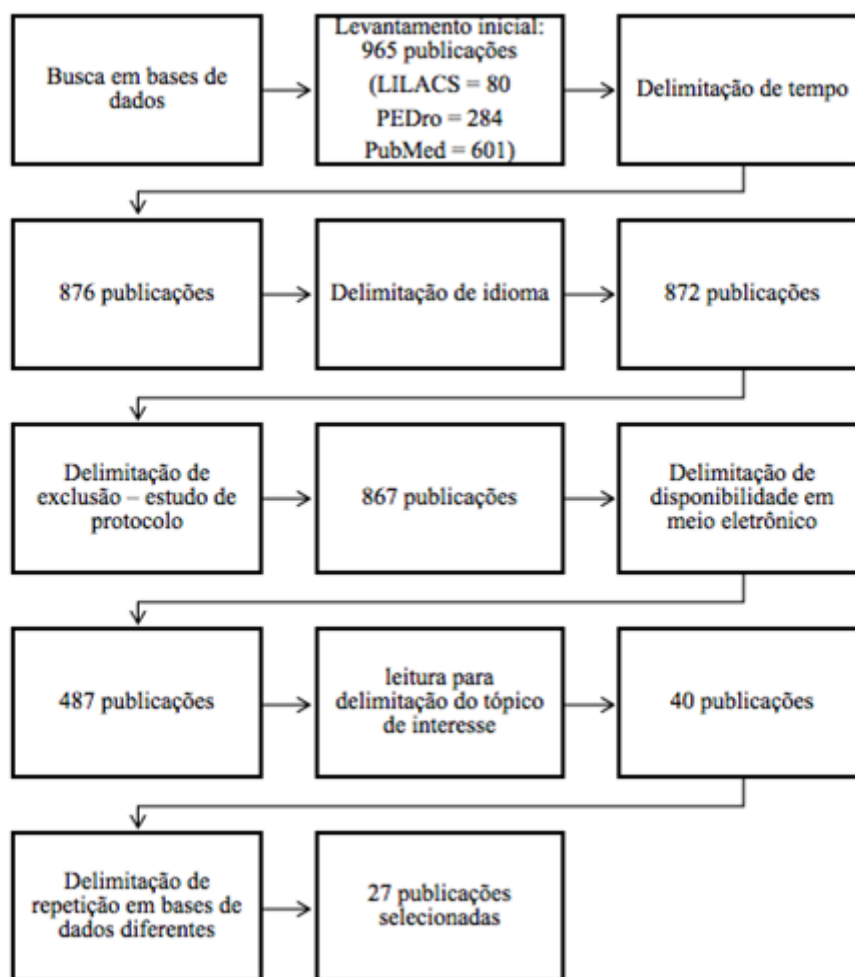


Figura 1 - Processo de realização da busca em base de dados para a Revisão de Escopo sobre atuação do fisioterapeuta na atenção primária a saúde.

Quadro 1 - Estudos incluídos na amostra segundo número, título, autores, objetivo, atuação do fisioterapeuta, dificuldades encontradas e principais demandas. (ver PDF em anexo)

A partir dos objetivos elencados para a presente revisão, foram definidas três ideias centrais para a apresentação dos resultados: atuação do fisioterapeuta na APS; dificuldades encontradas na atuação do fisioterapeuta na APS; e principais demandas para o fisioterapeuta na APS.

Após a leitura, sistematização e processamento dos dados, foram elaboradas categorias e/ou subcategorias temáticas para cada uma das ideias centrais, utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin [43]: inicialmente, foi realizada a pré-análise, com uma leitura flutuante para, a partir de impressões e orientações, apreender o sentido que fundamentou a interpretação e estabelecer um universo e um corpus de análise, representado nesse estudo pelas informações obtidas no instrumento de extração de dados coletados dos artigos que compuseram a amostra.

Numa segunda etapa, realizou-se a categorização dos dados pela leitura exaustiva do conteúdo, classificando os elementos conforme semelhanças e diferenciações de ideias, para depois realizar o reagrupamento por características comuns, a fim de retirar do texto as unidades de registro, os núcleos de sentido que embasaram a categorização. Uma vez que os conteúdos foram classificados, as categorias e subcategorias temáticas foram estabelecidas.

Resultados

Atuação do fisioterapeuta na APS

Quanto às possibilidades de atuação do fisioterapeuta na APS, foram definidas categorias e subcategorias temáticas, conforme ilustrado na figura 2:

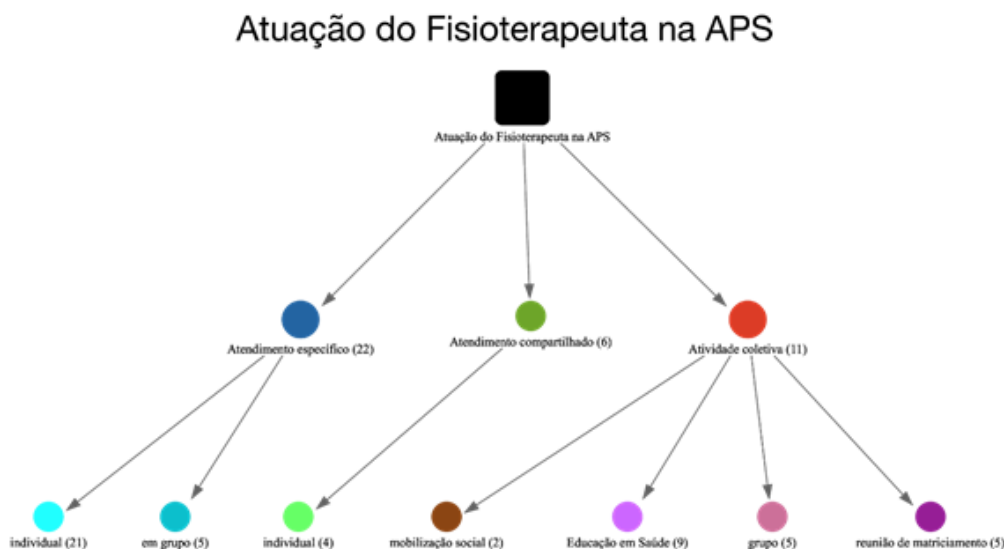


Figura 2 - Mapa ilustrativo de categorias e subcategorias temáticas de atuação do fisioterapeuta na atenção primária a saúde.

Para fins de compreensão, tais categorias e subcategorias temáticas foram definidas tendo como referência o Caderno de Atenção Básica número 39 do Ministério da Saúde [17], conforme disposto abaixo:

- a) Atendimento específico individual: realizado apenas pelo fisioterapeuta do Nasf-AB diretamente a um único usuário, na unidade básica de saúde (UBS) ou no domicílio;
- b) Atendimento específico em grupo: realizado apenas pelo fisioterapeuta do Nasf-AB diretamente a um grupo de usuários, na UBS ou no domicílio;
- c) Atendimento compartilhado individual: realizado conjuntamente entre fisioterapeuta Nasf -AB e, no mínimo, um membro da própria equipe Nasf-AB ou equipe vinculada, diretamente a um único usuário, na UBS ou no domicílio;
- d) Atendimento compartilhado em grupo: realizado conjuntamente entre fisioterapeuta Nasf-AB e, no mínimo, um membro da própria equipe Nasf ou equipe vinculada, diretamente a um grupo de usuários, na UBS ou no domicílio;
- e) Atividade de mobilização social: Ações de mobilização, educação popular e controle social junto à comunidade para discussão de temas gerais que busquem melhorar a qualidade de vida da coletividade num dado território;
- f) Educação em saúde: Ações de educação em saúde e ações de sensibilização desenvolvidas na UBS ou em outros espaços comunitários junto aos usuários de modo pontual e/ou esporádico, a exemplo das salas de espera;
- g) Grupo: Atividades educativas que acontecem com grupos de usuários que se encontram periodicamente. A continuidade é base da confiabilidade no grupo e isso é a matéria-prima desse tipo de trabalho;
- h) Reunião de matriciamento: Espaço de ocorrência periódica destinado à problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre Nasf-AB e equipes de AB. Inclui discussões de casos e temas (fortemente relacionados à educação permanente), pactuações entre o Nasf-AB e as equipes vinculadas, planejamento e programação de ações (construção de propostas de grupos, atendimentos e intervenções entre as equipes), ações de vigilância em saúde, monitoramento e outras.

Principais demandas para o fisioterapeuta na APS

No que diz respeito às principais demandas para o fisioterapeuta na APS, esta revisão revela diferentes necessidades, porém com predomínio do cuidado centrado nas doenças/agravos à saúde, como pode ser visto na figura 3.



Figura 3 - Nuvem de palavras representativa do grau de frequência de códigos relacionados às principais demandas para o fisioterapeuta na atenção primária a saúde.

Em relação às principais demandas para atuação do fisioterapeuta na APS, foram elaboradas categorias e subcategorias temáticas com suas respectivas frequências absolutas e relativas, conforme disposto na tabela I.

Tabela I - Distribuição das frequências das principais demandas, identificadas na literatura científica, para atuação do fisioterapeuta na atenção primária a saúde.

Principais demandas para o fisioterapeuta na APS		Frequência	
Categoria temática	Subcategoria temática	N	%
Atenção a grupos populacionais específicos		5	18,5
Promoção da saúde		2	7,4
Atenção aos ciclos de vida		4	14,8
Doenças/agravos à saúde		17	63
	Alterações respiratórias	6	22
	Alterações geniturinárias	2	7,4
	Alterações traumato-ortopédicas	2	7,4
	Alterações osteomioarticulares	8	29,6
	Alterações neurológicas	9	33,3

A atuação do fisioterapeuta na APS segue a lógica curativo reabilitadora, com demanda prioritária de doenças e agravos, focada na assistência direta ao usuário, com predominância do atendimento específico e individual no ambiente domiciliar. Esses achados remetem ao histórico da fisioterapia que teve seu início marcado pelo enfoque da reabilitação dos indivíduos que apresentavam limitações de funcionalidade após traumas ou agravos diversos.

Dificuldades encontradas na atuação do fisioterapeuta na APS

Em relação às dificuldades encontradas, observa-se, na tabela II, uma variedade de motivos pelos quais a atuação do fisioterapeuta na APS ainda se configura como um desafio, observando-se um predomínio da lógica curativo-reabilitadora e do desconhecimento quanto ao seu fazer nesse nível de atenção.

Tabela II - Distribuição das frequências das principais dificuldades, identificadas na literatura científica, para atuação do fisioterapeuta na atenção primária a saúde.

Dificuldades encontradas na atuação do fisioterapeuta na APS	
Categoria temática	Frequência (n)
Demanda reprimida e rede insuficiente	4
Pouca oferta de ações de educação permanente	3
Falta de infraestrutura/incentivo/materiais/recursos humanos	4
Predomínio da lógica curativo-reabilitadora	7
Desconhecimento da atuação do fisioterapeuta na APS	6
Formação profissional fragmentada	5

Também chamam atenção a citação de dificuldades relacionadas ao modelo de formação fragmentada e a demanda reprimida para atenção especializada ocasionada pela oferta insuficiente de serviços de fisioterapia no segundo e terceiro níveis assistenciais. Essa fragilidade na constituição das redes ocasionaria uma tensão sobre o fazer dos fisioterapeutas que atuam na APS e que são constantemente solicitados para atender demandas terapêuticas pertinentes à atenção especializada.

Discussão

Apesar da crescente necessidade de atenção integral à saúde da população, a atuação na APS é recente na história da fisioterapia brasileira. Iniciou com experiências pontuais, ora sustentadas em iniciativas de gestão local de alguns municípios, ora em atividades acadêmicas de integração ensino-serviço [45-47]. Com a criação do Nasf-AB, essa atuação se expandiu e a fisioterapia se tornou uma das 3 profissões mais frequentes na composição dessas equipes multiprofissionais.

Nos últimos 10 anos de implementação do Nasf, algumas pesquisas foram realizadas para descrever e analisar esse novo cenário de atuação para os fisioterapeutas que ampliou seu repertório de ações, principalmente no campo da promoção e prevenção à saúde, através de atividades coletivas de educação em saúde, grupos e mobilização social [8,28,31,48]. Apesar dessas, também se identificou que a fisioterapia ainda permanece com uma prática centrada em atendimentos clínicos específicos e individuais [14,18,29,40].

Os artigos revelam o predomínio do atendimento específico individual, em detrimento das demais atividades. O atendimento em grupo de forma específica é citado apenas em 5 artigos. Esta importante representação dos atendimentos individuais pode estar relacionada à grande demanda reprimida para esse tipo de assistência como também resquícios de formação ainda voltada para a lógica da atenção ambulatorial individualizada.

Para atuar no contexto da APS, a competência do fisioterapeuta precisa ir além de uma boa técnica; é preciso sensibilidade para perceber as necessidades e circunstâncias das famílias [40]. Loures e Silva [28] já referiam que o trabalho realizado pelo fisioterapeuta no âmbito da atenção primária deveria incorporar novas práticas. Quando inserido no Nasf-AB, o fisioterapeuta deve ser capaz de desenvolver práticas que possam reduzir riscos e agravos, ampliando sua atenção a toda a comunidade através do acolhimento integral, englobando educação em saúde, atendimentos individuais, grupos operativos e visitas domiciliares [13,20,49].

O trabalho do Nasf-AB é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, o qual propõe três diretrizes de intervenção: utilizar a lógica do apoio e da cogestão nas relações interprofissionais; lidar a partir do referencial da interdisciplinaridade com processos sociais, sanitários e pedagógicos; e construir equipes multiprofissionais com corresponsabilização no cuidado em saúde. Tais diretrizes surgem a partir das dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial do apoio matricial [44,50,51].

Tal proposta de organização do processo de trabalho no território dar-se-á em conjunto com a equipe de Saúde da Família (ESF), priorizando ações interprofissionais, como atendimento compartilhado, estudo e discussão de casos e situações (incluindo realização de projeto terapêutico singular e orientações) e ações comuns nos territórios (como o projeto de saúde no território) e desenvolvendo intervenções específicas do profissional aos usuários e/ou famílias, quando necessário [40,44,52,53].

As atividades voltadas para prevenção e promoção da saúde revelam-se pouco representadas nos estudos analisados. A atenção aos grupos populacionais específicos é a que se destaca com maior representatividade, seguida da atenção voltada aos ciclos de vida. As

ações de promoção da saúde per si tem a menor representatividade dentre as atividades realizadas.

Para alcançar a produção do cuidado, deve-se enfatizar que o processo de trabalho do fisioterapeuta deve se organizar “centrado nas tecnologias leves, relacionais, o que possibilita o exercício do acolhimento, a percepção dos afetos presentes na relação trabalhador/usuário, bem como a negociação de projetos terapêuticos, principalmente quando em ambiente familiar, espaço de controle do usuário e da família”. O trabalho realizado por Langoni et al. [26] refere a eficácia do trabalho realizado pelo fisioterapeuta na atenção básica relacionando este trabalho à autonomia dos usuários em seguir as orientações prescritas também em domicílio.

Dessa forma, há também a necessidade de se incorporar ferramentas ou estratégias de gestão do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, as tecnologias leves-duras constituem instrumentos que auxiliam na produção do cuidado, bem como as tecnologias duras, que não se configuram apenas como a utilização de equipamentos, mas também a própria ação direta do profissional que, nesse caso, pode ser representada pelas mãos do fisioterapeuta [40,54].

O atendimento domiciliar é uma prática comum na fisioterapia, no entanto, a metodologia de eleição dos usuários que necessitam de atendimentos, assim como o tempo dedicado à atividade domiciliar constituem um grande desafio a ser esclarecido no processo de trabalho do fisioterapeuta e dos demais profissionais da APS. A atuação daquele profissional nesse nível de atenção precisa criar uma base mais sólida, pois a demanda para esse tipo de intervenção é muito grande e tende a crescer. Além disso, a prática de atendimento domiciliar realizada na atenção primária à saúde tem características distintas daquelas usualmente realizadas no contexto da média complexidade, uma vez que esta não está centrada no profissional e sim no usuário e/ou no cuidador, na dinâmica familiar, nas relações de vínculo estabelecidas e no ambiente [14,40].

O perfil da demanda delineado nestes estudos corrobora o que é apresentado enquanto atuação do fisioterapeuta, uma vez que a maior parte da demanda corresponde a doenças e agravos à saúde. E, quando observados principais agravos, estes têm um forte caráter ambulatorial, sendo os mais citados as doenças neurológicas, as osteomioarticulares e as alterações respiratórias.

As dificuldades para a atuação do fisioterapeuta na APS de modo geral representaram o que foi exposto enquanto atuação desse profissional. A principal dificuldade apontada foi o predomínio da prática curativo-reabilitadora, bem representada no estudo das ações realizadas; o desconhecimento da atuação do fisioterapeuta na APS, sugere uma limitação na formação do profissional para atuar neste campo de prática e é corroborado pela formação fragmentada, apontada também enquanto dificuldade nos estudos.

Soma-se a isso a histórica insuficiência da rede que gera uma enorme demanda reprimida e a ausência de infraestrutura. Souza e Ribeiro [39] destacam em seu estudo realizado na cidade João Pessoa/PB que a ampliação da oferta assistencial na atenção primária à saúde não foi acompanhada pelo investimento adequado na atenção especializada, o que contribui para o excesso de demanda reprimida para a assistência em fisioterapia.

Inserir uma profissão em um locus de atuação diferenciado daquele que a constituiu requer construir uma prática reflexiva sobre os limites e possibilidades de atuação de modo a instituir um fazer diferenciado, que seja capaz de atender à necessidade da população e da Estratégia de Saúde da Família, compreendendo e cumprindo o seu papel em uma rede de atenção à saúde.

Conclusão

No que diz respeito aos achados, percebe-se que há, entre os aspectos estudados, convergências e dissonâncias no que se refere a atuação do fisioterapeuta no âmbito da atenção primária à saúde.

Dentre os pontos convergentes, destacam-se o que foi apontado como dificuldades tais como a grande demanda pela atenção fisioterapêutica; a escassa rede assistencial de suporte ambulatorial; o despreparo dos profissionais para atuar nesse nível de atenção, a despeito das Diretrizes Curriculares e a falta de recursos.

A forma de lidar com esta enorme demanda, por sua vez, está entre as principais divergências. Uma vez que este profissional é formado para atuar em âmbito individual com enfoque reabilitador, instituir uma práxis que envolva a integralidade e as ferramentas de cuidado no contexto territorial e coletivo torna-se um enorme desafio.

É possível que o investimento na formação, estruturação e/ou sistematização das técnicas e práticas voltadas para o cuidado da fisioterapia na atenção primária à saúde possam contribuir para estabelecer uma forma de fazer que seja capaz de responder às demandas dos usuários neste nível de atenção, sem, no entanto, descaracterizá-la.

Como limitações deste estudo, pode-se elencar: as estratégias de busca através do cruzamento dos descritores podem não ter incluído publicações que englobassem o tópico de interesse pesquisado; a leitura dos títulos e resumos realizados na primeira etapa pode ter excluído alguns estudos, visto que somente resumos que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionados para a amostra; artigos escritos em idiomas diferentes do inglês, português e espanhol não foram incluídos; e artigos não disponíveis na íntegra gratuitamente em formato eletrônico não foram incluídos, o que pode ter representado perda para esta revisão. Sugere-se que novas pesquisas como esta possam ser realizadas, a fim de superar tais limitações.

Referências

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde; 2002.
2. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública* 2016;32(8):e00183415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>
3. Andrade AM SM. O fisioterapeuta e a atenção básica à saúde no município de Niterói-RJ: a formação profissional no desafio da prática [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/1683/1/Andrea%20Marcia%20Santos%20de%20Miranda%20Andrade.pdf>
4. Brasil. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;15(5):2297-305.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado 2019 Jan 17]. Disponível em: http://www.faders.rs.gov.br/uploads/1286298438PORTARIAx154x_NASF.doc
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. [citado 2019 Dez 5]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
8. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface* 2018;22(67):1183-95. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>
9. Ribeiro CD, Flores-Soares MC. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. *Rev Salud Pública* 2015;17(3):379-93. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44076>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2017.
11. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Número de fisioterapeutas atuantes na atenção básica. [citado 2020 Abr 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02br.def>
12. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção primária a saúde. Departamento de Saúde da Família – DESF. Número de equipes do NASF-AB implantadas. [citado 2020 Abr 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reHistoricoPagamentoEsf.xhtml>
13. Maia FES, Moura ELR, Madeiros EC, Carvalho RR, Silva SAL, Santos GR. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. *Revista Faculdade de Ciências Médicas* 2015;17(3):110-5. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/16292>
14. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Fisioterapia e núcleo de apoio à saúde da família: um estudo sob a ótica dos gestores, profissionais e usuários de saúde da família. *Revista de Atenção Primária à Saúde* 2014;17(2):189-94. Disponível em: [file:///C:/Users/olive/Downloads/15257-Texto%20do%20artigo-65095-1-10-20141112%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/olive/Downloads/15257-Texto%20do%20artigo-65095-1-10-20141112%20(1).pdf)

15. Filho JCA, Cavalcanti FCB, Morais GS, Bezerra SD, Costa MJC, Marinho PEM. The international classification of functioning, disability and health core set for adults with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a scoping review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep 2019;10. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00087>
16. Alves FK, Adami DBV, Marques J, Pereira LC, Riccetto C, Botelho S. Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa. Fisioter Bras 2016;17(2):131-9. <https://doi.org/10.33233/fb.v17i2.199>
17. Andrade AM SM. O fisioterapeuta e a atenção básica à saúde no município de Niterói-RJ: a formação profissional no desafio da prática. 102 f. [Dissertação]. Niterói/RJ: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2015. <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1683>
18. Belettini NP, Rodrigues FC, Cruz TS, Ferreira KC, Tuon L, Coelho BLP. Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. Fisioter Bras 2013;14(6):433-8. <https://doi.org/10.33233/fb.v14i6.433>
19. Bernhardsson S, Öberg B, Johansson K, Nilsen P, Larsson ME. Clinical practice in line with evidence? A survey among primary care physiotherapists in western Sweden. J Eval Clin Pract. 2015 Dec;21(6):1169-77. <https://doi.org/10.1111/jep.12380>
20. Bispo Junior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc Saúde Coletiva 2010;15(1):1627-36. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>
21. Casey D, Murphy K, Devane D, Cooney A, McCarthy B, Mee L, Newell J et al. The effectiveness of a structured education pulmonary rehabilitation programme for improving the health status of people with moderate and severe chronic obstructive pulmonary disease in primary care: the PRINCE cluster randomised trial. Thorax 2013;68(10):922-8. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2012-203103>
22. Campos AA, Cabrera RO, Arancibia HF. Rehabilitación respiratoria en pacientes EPOC: experiencia en Atención Primaria de Salud. Rev Chil Enferm Respir 2015;31(2):77-85. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482015000200002>
23. Comer CM, Redmond AC, Bird HA, Conaghan PG. Assessment and management of neurogenic claudication associated with lumbar spinal stenosis in a UK primary care musculoskeletal service: a survey of current practice among physiotherapists. BMC Musculoskelet Disord 2009;10:121. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-121>
24. Dibai Filho AV, Aveiro MC. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. Rev Bras Promoç Saúde 2012;25(4):397-404. <https://doi.org/10.5020/2538>
25. Faria LR, Alves CA. On caring: preliminaries of a comparative study of primary health care in Brazil/Canada. Saude Soc 2015;24(1):72-85. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100006>
26. Langoni CS, Resende TL, Valmorbidia LA. A introdução de atendimentos por fisioterapeutas em unidades da atenção primária em saúde. Revista Brasileira de Promoção à Saúde 2012;25(3):261-70. <https://doi.org/10.5020/18061230>
27. Liddle J, Lovarini M, Clemson L, Mackenzie L, Tan A, Pit SW. Making fall prevention routine in primary care practice: perspectives of allied health professionals. BMC Health Serv Res 2018;18(598):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3414-1>
28. Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2010;15(4):2155-64. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400029>
29. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. Interface 2011;15(37):551-64. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000010>
30. Olaleye OA, Hamzat TK, Owolabi MO. Stroke rehabilitation: should physiotherapy intervention be provided at a primary health care centre or the patients' place of domicile? Disabil Rehabil 2014;36(1):49-54. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.777804>
31. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MC. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. Revista de APS 2011;14(1):111-

19. Disponível em: <file:///C:/Users/olive/Downloads/14645-Texto%20do%20artigo-62029-1-10-20110426.pdf>
32. Reis DC, Flisch TMP, Vieira MHF, Santos-Junior WS. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. *Epidemiol Serv Saúde* 2012;21(4):663-74. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742012000400016>
33. Ribeiro KSQS. A relevância das redes de apoio social no processo de reabilitação. *RBCS* 2010;13(2):69-78.
34. Richardson J, Letts L, Chan D, Stratford P, Hand C, Price D et al. Rehabilitation in a primary care setting for persons with chronic illness – a randomized controlled trial. *Primary Health Care Research & Development*. Cambridge University Press 2010;11(4):382-95. <https://doi.org/10.1017/S1463423610000113>
35. Sá MR, Thomazinho PA, Santos FL, Cavalcanti NC, Ribeiro CTM, Negreiros MFV et al. Physical therapy in pediatric primary care: a review of experiences. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):324-330.
36. Samsson KS, Bernhardsson S, Larsson ME. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: a randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;10;17:257. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1112-x>
37. Silva LWS, Souza M, Souza TO, Souza TF. Contexto do cuidado fisioterapêutico: reveses e vieses na inserção comunitária à atenção domiciliar. *Rev Kairós* 2013;16(2):79-101.
38. Silva GG, Sirena AS. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2015;24(1):123-33. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100014>
39. Sousa ARB, Ribeiro KSQS. A rede assistencial em fisioterapia no município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. *Rev Bras Cienc Saúde* 2011;15(3):357-68. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.03.1>
40. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *Mundo Saúde* 2013;27:176-84. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2013372176184>
41. Trindade KMC, Schmitt ACB, Casarotto RA. Queixas musculoesqueléticas em uma Unidade Básica de Saúde: implicações para o planejamento das ações em saúde e fisioterapia. *Fisioter Pesqui* 2013;20(3):228-34. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502013000300006>
42. Waterhouse JC, Walters SJ, Oluboyede Y, Lawson RA. A randomised 2 x 2 trial of community versus hospital pulmonary rehabilitation, followed by telephone or conventional follow-up. *Health Technol Assess* 2010;14(6):1-140. <https://doi.org/10.3310/hta14060>
43. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2016.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
45. Vêras MMS, Pinto VPT, Oliveira EM, Qinderé PHD. O fisioterapeuta na estratégia saúde da família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. *Sanare* 2004;5(1):169-73. Disponível em: <file:///C:/Users/olive/Downloads/135-253-1-SM.pdf>
46. Trelha CS, Silva DW, Iida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Espaço Saúde* 2007;8(2):20-5. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502010000200015>
47. Tavares L, Costa J, Oishi J, Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisioter Pesqui* 2018;25(1):9-19. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15774625012018>
48. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioter Mov* 2016;29(4):741-50. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.029.004.ao10>
49. Rodriguez MR. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até a sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Comun Ciênc Saúde* 2010;21(3):261-6.

50. Santos RABG, Uchoa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Revista Saúde em Debate* 2017;41(114):694-706. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>
51. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Cienc Saude Coletiva* 2015;20(1):229-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>
52. Sousa FOS, Albuquerque PC, Nascimento CMB, Albuquerque LC, Lira AC. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. *Saúde em Debate* 2017;41(115):1075-89. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711507>
53. Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, Albuquerque LC, Gurgel IGD. Configurações do processo de trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado integral. *Trab Educ Saúde* 2018;16(3):1135-56. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00154>
54. Souza MC, Almeida CR, Bomfim AS, Santos IF, Souza JN. Fisioterapia, cuidado e sua práxis no núcleo de apoio à saúde da família. *Revista Espaço para a Saúde* 2015;16(2):67-76. <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n2p67>