

A fisioterapia nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: uma revisão de literatura

Physical therapy in the Extended Family Health and Primary Care Centers: a literature review

Angélica Pereira da Cruz¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5476-9443>

Geraldo Eduardo Guedes de Brito²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3059-3164>

Sâmela Laura da Silva Barbalho³

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4743-8662>

Júlio César Guimarães Freire⁴

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4287-3278>

Anne Karolynne de Oliveira Alves⁵

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4751-1372>

Bárbara Nathyelle Freire Medeiros⁶

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3973-6245>

Maria Itamara da Silva Oliveira⁷

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5022-2862>

Robson da Fonseca Neves⁸

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3889-560X>

Resumo

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária à Saúde mostra-se eficiente, resolutiva e amplia o acesso aos serviços de saúde mundialmente. No Brasil, foram criados os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, onde é prevista a atuação do fisioterapeuta, objetivando a ampliação do escopo de ações e da resolutividade nesse nível de atenção, configurando-se como apoio às equipes mínimas de Atenção Básica. **OBJETIVO:** Descrever o processo de trabalho do fisioterapeuta no NASF-AB. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão sistemática elaborada a partir das diretrizes para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises – PRISMA, com estudos que abordavam a atuação do Fisioterapeuta nos NASF-AB, e orientada pela pergunta: qual é o processo de trabalho do fisioterapeuta no NASF-AB? **RESULTADOS:** Com a busca, foram encontrados 202 artigos, dos quais, 14 foram incluídos nesta revisão. O panorama do processo de trabalho do fisioterapeuta foi caracterizado pela sua ampla inserção no NASF-AB, desenvolvendo atendimentos individuais, coletivos e visitas/atendimentos domiciliares a partir de uma grande demanda reprimida por serviço de fisioterapia na Rede de Atenção à Saúde. **CONCLUSÃO:** Os resultados apresentados revelam que o fisioterapeuta, como profissional integrante do NASF-AB, executa ações de reabilitação de usuários, incorporando, em diferentes medidas e incipientemente, a educação em saúde, prevenção e promoção com vistas ao autocuidado.

Palavras-chave: fisioterapia; atenção primária à saúde; trabalho; revisão

Abstract

INTRODUCTION: Primary Health Care is efficient, effective, and expands access to health care services worldwide. In Brazil, the Expanded Family Health and Primary Care Centers were created, where the performance of the physical therapist is foreseen, aiming at expanding the scope of actions and the resolution in this level of care, configuring themselves as support

¹ Universidade Federal da Paraíba. E-mail: angelicacruz@hotmail.com

² Universidade Federal da Paraíba. E-mail: eduardo.guedes.ufpb@gmail.com

³ Universidade Federal da Paraíba. E-mail: samelalaurafisio@gmail.com

⁴ Universidade Federal da Paraíba. E-mail: juliopb87@gmail.com

⁵ Universidade Federal da Paraíba. E-mail: anne.oliveira@academico.ufpb.br

⁶ Universidade Federal da Paraíba. E-mail: barbaramedeiros.bf@gmail.com

⁷ Universidade Federal da Paraíba. E-mail: itamara.oliveiraa@gmail.com

⁸ Universidade Federal da Paraíba. E-mail: robsonfisioba@gmail.com

for the minimum teams of Primary Care. OBJECTIVE: To describe the work process of physical therapists at NASF-AB. MATERIALS AND METHODS: This is a systematic review elaborated from the guidelines for Systematic Reviews and Meta-Analysis – PRISMA, with studies that addressed the performance of the physical therapist at the NASF-AB, and guided by the question: what is the work process of the physical therapist at NASF-AB? RESULTS: With the search, 202 articles were found, of which, 14 were included in this review. The panorama of the physical therapist's work process was characterized by his/her broad insertion in NASF-AB, developing individual and group care and home visits from a great repressed demand for physical therapy services in the Health Care Network. CONCLUSION: The results presented show that the physical therapist, as a professional member of the NASF-AB, performs rehabilitation actions for users, incorporating, in different measures and incipiently, health education, prevention and promotion with a view to self-care.

Keywords: physical therapy; primary health care; work. review.

Introdução

O Relatório Dawson, em 1920, apontou recomendações para reestruturar o modelo de atenção à saúde na Inglaterra e pode ser considerado o primeiro marco da discussão da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora dos Sistemas de Saúde. Ele propôs a organização dos serviços de saúde segundo o nível de complexidade e os custos do tratamento. Caberia aos serviços primários resolver a maior parte dos problemas de saúde, configurando-se como a porta de entrada e centro dos Sistemas de Saúde, vinculando-se e recebendo suporte dos serviços secundários e da rede hospitalar¹.

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, impulsionou, mundialmente, a formulação de políticas, estratégias e planos para que a APS fosse incorporada nos sistemas nacionais de saúde. Quarenta anos depois, no ano de 2018, com vistas a reafirmar o compromisso do desenvolvimento da cobertura universal da saúde por meio da APS, foi realizada a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, que resultou na Declaração de Astana².

Cem anos após o Relatório Dawson, já consolidado o entendimento de que uma APS estruturada se mostra eficiente, resolutiva e amplia o acesso aos serviços de saúde mundialmente, a Organização

Mundial de Saúde incentiva o seu fortalecimento globalmente e a reconhece como uma condição para a promoção de condições de saúde e de desenvolvimento humano mais equitativa³. Conforme apresentado por Reed *et al.*⁴, a APS é considerada um elemento central na melhoria da saúde da população, bem como no controle dos custos de saúde.

A publicação do documento “*Primary Health Care and Community Based Rehabilitation: Implications for physical therapy based on a survey of WCPT's Member Organizations and a literature review*”⁵ é um marco importante na área da Fisioterapia na APS. Ele apontou a insuficiência na provisão de fisioterapeutas no mundo e sugeriu a elaboração de modelos de serviços de Fisioterapia que favorecessem a ampliação do seu acesso. Tais questões foram justificadas, entre outras, devido ao crescente número de pessoas com deficiência, a existência de uma política internacional para promover a APS e a necessidade de uma orientação mais forte para a reabilitação nesse nível de atenção à saúde, equilibrada, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças⁵.

Na Década de 1990, no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a centralidade da APS na organização do sistema de saúde ganhou destaque. Em

1994, foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), como estratégia para a reorientação do modelo assistencial, com o objetivo de ampliar a cobertura APS, promover a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral. A ESF constitui-se, desde então, como modelo preferencial de organização da APS nos municípios brasileiros⁶.

Evidências apontam que a ESF vem produzindo impactos nas condições de saúde da população, embora não se tenha alcançado a universalização do acesso a esse serviço^{2, 7}. Porém, conforme apresentado por Pinto e Giovanella⁸, a ampliação do acesso à APS no Brasil pode ser dimensionalizada ao considerarmos o crescimento do número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas nos últimos 20 anos (1998 = 2.054; e 2017 = 41.619) e a cobertura populacional, estimada em 70% da população em 2017. Cabe destacar que a sua implantação foi progressiva, destacando-se, inicialmente, nos municípios de pequeno porte e com baixos IDH e expandindo-se, posteriormente, nas grandes cidades e capitais⁹.

A partir da consolidação da ESF como modelo indutor da APS, no ano de 2008, foram criados os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (renomeados em 2017 como Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB) pelo Ministério da Saúde¹⁰. Eles objetivavam a ampliação do escopo de ações e da resolutividade na APS e configuravam-se como apoio às equipes de APS⁹. Os NASF-AB são equipes com cinco trabalhadores de, no mínimo, três profissões diferentes, como fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, profissional de educação física, entre outros. A definição

da composição é definida de acordo com as necessidades do município/território^{9,10}. Configurou-se aqui, por meio de uma iniciativa federal, a possibilidade de inserção do Fisioterapeuta no contexto da APS. No entanto, o modelo de financiamento para APS adotado pelo Ministério da Saúde, em 2019¹¹, veio acompanhado da revogação dos recursos federais transferidos aos municípios para manutenção do NASF-AB, o que representa uma ameaça à sua continuidade.

É necessária a construção de evidências robustas para o apoio de políticas governamentais eficazes relacionadas à APS e práticas clínicas aprimoradas⁴, como, no caso, as produzidas pelo fisioterapeuta no NASF-AB. Estudos que objetivem identificar o processo de trabalho desses profissionais nas equipes do NASF-AB são fundamentais para o planejamento de ações que poderão subsidiar discussões que contribuem para a sua consolidação e, conseqüentemente, para expandir a resolutividade das ações no âmbito da APS¹². Entretanto, verifica-se que, no campo da produção do conhecimento específico em Fisioterapia, pouca atenção é dispensada a esse tipo de estudo.

Nesse contexto, após doze anos da implementação do NASF-AB no Brasil, discutir o processo de trabalho do Fisioterapeuta se faz necessário. É de suma importância o conhecimento das ações desenvolvidas por esse profissional no NASF-AB, almejando a consolidação desse campo de atuação. Com vistas a contribuir nesse campo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de descrever o processo de trabalho do fisioterapeuta no NASF-AB.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão sistemática elaborada a partir das diretrizes para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises – PRISMA¹⁴. Um rastreamento nas bases de dados eletrônicas PubMed e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde – Brasil) identificou estudos que abordavam a atuação do Fisioterapeuta nos NASF-AB. A BIREME/BVS inclui artigos publicados em periódicos indexados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A PubMed é uma plataforma de livre acesso à base de dados MEDLINE, que possui a maioria dos artigos em inglês, sendo, então, recomendada a busca por palavras nesse idioma.

Para projetar as sequências de pesquisa, o conector booleano “AND” foi usado para combinar os termos “Fisioterapeuta”, “Fisioterapeutas” e “Fisioterapia” com “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, “Núcleos de Apoio à Saúde da Família”, “Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica”, “Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica”, “NASF” e “NASF/AB”, para busca na Bireme. Na PubMed, utilizaram-se “Physical Therapy”, “Physiotherapy”, “Physical therapist”, “Physical therapists”, “Physiotherapist” e “Physiotherapist’s” com “Family Health Support Unit Team”, “Family Health Support Unit Teams”, “Expanded Cores of Family Health and Primary Care”, “Extended Health of the Family Center”, “Extended Health of the Family Centers”, “NASF” e “NASF/AB”.

Na base Bireme, a busca de evidências foi efetivada por meio da busca da combinação de palavras no “título, resumo, assunto”; e na PubMed, no “title,

abstract”; e ativação do filtro “*full free text*” em ambas as bases. A busca de artigos ocorreu nos dias 10 de junho de 2020 (BIREME/BVS) e 26 de junho de 2020 (PubMed). Foram identificados 161 artigos na BIREME/BVS e 41 na PubMed.

Foram incluídos nesta revisão os documentos que atenderam a todos os critérios a seguir: (1) formato de artigo, (2) com apresentação de resultados empíricos que objetivaram investigar a atuação do Fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família ou Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica ou da atuação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família ou Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, com apresentação de resultados empíricos da prática do Fisioterapeuta. Foram excluídos os artigos de revisão, opinião, artigo completo não disponível e artigos não disponíveis em inglês, português, espanhol, alemão ou francês.

A seleção final dos estudos foi operacionalizada pelos seguintes procedimentos: (1) exclusão de documentos em formato diferente de artigos, (2) exclusão de duplicados, (3) rastreamento de artigos potencialmente elegíveis pela leitura de títulos, (4) leitura do objetivo e (5) leitura dos resultados. Após esse processo, os artigos completos foram recuperados. Dois revisores devidamente treinados selecionaram, independentemente, os estudos recuperados quanto à elegibilidade. Não houve dissensão em nenhuma das etapas da avaliação duplo-cega. A partir desse processo, foram incluídos 14 artigos nesta revisão (**Quadro 1**). A **figura 1** sintetiza o processo de busca e a definição final dos artigos.

Quadro 1 – Artigos incluídos na revisão.

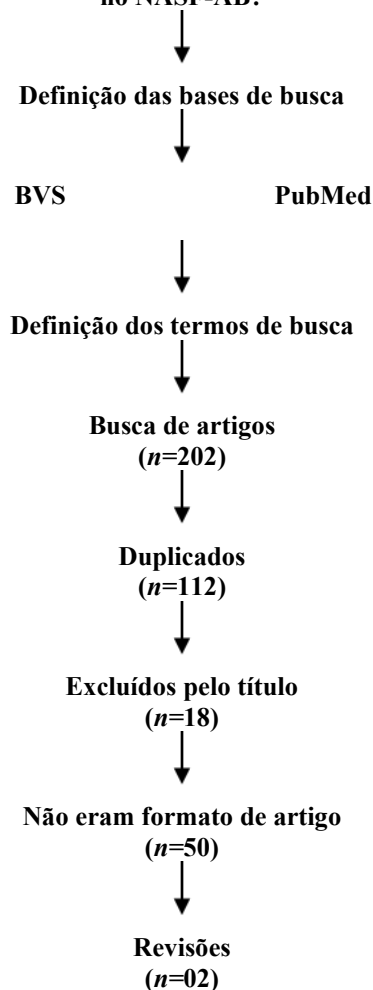
AUTOR	ANO	OBJETIVO	SUJEITO/FONTE DE DADOS
Dibai Filho; Aveiro ¹⁵	2012	Analisar a atuação dos fisioterapeutas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com indivíduos senescentes residentes no município de Arapiraca-AL, Brasil.	8 fisioterapeutas, de ambos os sexos, que atuavam com intervenções junto aos idosos nos NASF/Questionário e entrevista.
Beletinni <i>et al.</i> ¹⁶	2013	Identificar as competências, os desafios e as principais demandas dos fisioterapeutas integrantes do NASF do estado de Santa Catarina.	16 fisioterapeutas integrantes do NASF do estado de Santa Catarina/Questionário.
Souza <i>et al.</i> ¹⁷	2013	Entender os desafios da práxis do fisioterapeuta no NASF.	14 indivíduos divididos em 3 grupos (gestores, profissionais de saúde, usuários) /Entrevista semiestruturada.
Ferretti; Lima; Zuffo ¹⁸	2014	Conhecer a percepção dos profissionais da ESF sobre a necessidade de inserção do fisioterapeuta na equipe.	33 profissionais (3 enfermeiros, 3 médicos, 3 dentistas e 24 ACS) de 4 ESF, de um município de Santa Catarina/Entrevistas e diário de campo.
Souza <i>et al.</i> ¹⁹	2014	Analisar, sob a ótica dos gestores, profissionais e usuários da estratégia saúde da família, a atuação do fisioterapeuta no NASF.	14 indivíduos divididos em 3 grupos (gestores, profissionais de saúde, usuários) /Entrevista semiestruturada.
Ribeiro; Flores-Soares ²⁰	2015	Identificar como está incluído o fisioterapeuta na AB e a visão dos gestores em saúde do papel e da inserção desse profissional junto à equipe de saúde.	Secretários municipais de saúde de 22 municípios do estado do Rio Grande do Sul/Entrevistas utilizando um questionário semiestruturado.
Souza <i>et al.</i> ²¹	2015	Entender o cuidado em saúde produzido pelo fisioterapeuta no NASF.	14 indivíduos divididos em 3 grupos (gestores, profissionais de saúde, usuários) /Entrevista semiestruturada.
Braghini; Ferretti; Ferraz ²²	2016	Apresentar as percepções da equipe, coordenadores dos Centros de Saúde da Família de referência e NASF sobre a atuação do fisioterapeuta nos núcleos.	4 coordenadores dos CSF, o coordenador geral dos núcleos e 8 integrantes da equipe NASF/Entrevista semiestruturada no caso dos coordenadores e grupo focal com os profissionais da equipe.
Fernandes <i>et al.</i> ¹²	2016	Analisar o processo de trabalho dos fisioterapeutas nos NASF, a utilização de ferramentas-tecnológicas e a formação desses para o trabalho.	37 fisioterapeutas dos NASF de Mato Grosso do Sul/Questionário on-line semiestruturado.
Braghini; Ferretti; Ferraz ²³	2017	Analisar a atuação do fisioterapeuta e os entraves para a realização do seu trabalho no NASF.	8 fisioterapeutas em atuação no NASF/Observação-participante e entrevista semiestruturada.
Faria; Araújo; Carvalho-Pinto ²⁴	2017	Descrever o perfil da RF do NASF aos indivíduos pós-AVC usuários da AB.	44 indivíduos pós-AVC/análise de prontuários e aplicação da Escala Modificada de Rankin.
Carvalho <i>et al.</i> ²⁵	2018	Descrever o crescimento e a distribuição regional das profissões de nível superior cadastradas em UBS.	14 profissões de nível superior (assistentes sociais, biólogos, biomédicos, cirurgiões-dentistas, profissionais de educação física,

			enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais) /Dados extraídos do banco de dados do Departamento de Informática do MS (DATASUS).
Bim; González ²⁶	2020	Identificar a distribuição dos fisioterapeutas no estado do Paraná e conhecer a sua participação nas equipes NASF-AB das cidades-sede das regionais de saúde do estado.	Foram utilizados dados das bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região – Crefito-8, e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
Vendruscolo <i>et al.</i> ²⁷	2020	Analisar as características e a atuação das equipes dos NASF-AB de SC.	Na etapa de dados quantitativos, participaram 359 profissionais atuantes no NASF; na etapa qualitativa participaram 43/Foi utilizado na etapa quantitativa um Instrumento do tipo Survey; na etapa qualitativa, entrevistas coletivas.

Fonte: elaboração própria.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos para inclusão na revisão.

Qual o processo de trabalho do fisioterapeuta no NASF-AB?



↓
**Não atendiam ao objetivo/ sem resultados para
a Fisioterapia
(n=06)**

↓
**Artigos incluídos
(n=14)**

Fonte: elaboração própria.

Uma vez definidos os artigos incluídos, dois revisores devidamente treinados extraíram os resultados de cada estudo. Os dados extraídos incluíam nome do primeiro autor, ano da publicação, localização geográfica e participantes da pesquisa. Um terceiro revisor examinou os dados compilados e os resumos dos estudos, não havendo dissenso entre estes. Uma síntese qualitativa (narrativa) das evidências encontradas respondeu à pergunta da pesquisa.

Resultados

A partir das evidências incluídas nesta revisão, identificou-se a ampla inserção do Fisioterapeuta nas equipes NASF-AB^{12,15,17,19,21,23,26}. Estudo de abrangência nacional destacou que, entre os anos de 2008 e 2013, a Fisioterapia apresentou uma das maiores taxas de crescimento (78% em nível nacional, 146% na região Norte e acima de 100% na região Nordeste) entre as categorias profissionais cadastradas em Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde²⁵.

Fisioterapeutas¹⁶, gestores^{21,22} e trabalhadores da APS^{18,19} identificaram uma grande demanda reprimida por serviços de Fisioterapia na rede de assistência, o que, muitas vezes, determinava a orientação para as ações curativistas/reabilitação. Havia uma tendência de gestores em perceber o NASF-

AB como um serviço do nível secundário e identificar o fisioterapeuta como sendo o profissional apenas da reabilitação^{17,20}.

Consequentemente, a realização de atendimentos individuais encontrava-se fortemente presente no cotidiano do processo de trabalho do fisioterapeuta nos NASF-AB^{12,16,27}. Três estudos^{15,22,27} desvelaram que durante esses atendimentos ocorriam a triagem de usuários e o encaminhamento para outros pontos de atenção da rede de atenção, como os ambulatorios ou para grupos específicos do NASF-AB – ESF.

Os atendimentos em grupo também foram relatados por fisioterapeutas como parte de seu processo de trabalho no NASF-AB^{12,15,16}. Uma observação participante identificou que esse tipo de assistência fazia parte da rotina dos fisioterapeutas, operacionalizada pela realização de exercícios terapêuticos e orientações²³. Na percepção dos gestores e trabalhadores da APS, o fisioterapeuta desenvolvia ações de educação e prevenção, realizadas nas atividades em grupo^{20,22}. As atividades coletivas de núcleo do saber eram realizadas com maior frequência, se comparadas às de campo²⁷.

As demandas para a criação de grupos partiam da ESF e eram operacionalizadas em conjunto com os profissionais do NASF-AB²⁷. Os fisioterapeutas conduziam atividades coletivas com diversos grupos

populacionais, como os de hiperdia, gestantes, escolares, pessoas com dores crônicas, mulheres, puericultura, para o desenvolvimento motor, reeducação postural, com cuidadores de pessoas acamadas e/ou idosas, obesos e caminhada orientada, entre outros¹⁶.

A produção do cuidado fisioterapêutico por meio dos atendimentos/visitas domiciliares emergiu, também, nesta revisão^{15,16}. Para os gestores, elas constituíam-se uma prática comum da Fisioterapia^{17,21,22}. A avaliação de prontuários de usuários pós-AVE de uma Unidade Básica de Saúde apontou que as visitas aos domicílios pelos fisioterapeutas ocorreram, na maioria das vezes, para orientação e avaliação²⁴.

A realização de orientações durante as visitas domiciliares foi também verificada durante a observação do processo de trabalho²³. Para os trabalhadores da APS, nas visitas domiciliares são realizadas orientações e o acompanhamento pelo fisioterapeuta^{17,23}. Elas eram realizadas para aqueles que não têm condições de se deslocar até os serviços de Fisioterapia^{17,23}. Usuários reconheceram que, quando o fisioterapeuta vai até o seu domicílio, há uma intervenção mais apropriada, melhorando a qualidade de vida e promovendo uma redução das demandas da unidade²¹.

A respeito dos desafios para a atuação do fisioterapeuta, identificaram-se, entre outros, a escassez de recursos materiais, de infraestrutura e financeiros, falta de capacitação e baixa utilização de ferramentas tecnológicas indicadas para o NASF-AB, desarticulação/insuficiência da rede, falha na contrarreferência, menor carga horária do fisioterapeuta em relação aos demais profissionais e a realização de atendimentos individuais em detrimento aos grupos operativos^{12,15,16,20}. Outra questão apontada foi a dificuldade de articulação

entre as equipes de Saúde da Família e o NASF-AB^{15,16}, justificada, inclusive, pelo acúmulo de USF para apoiar^{19, 22}. Os trabalhadores da APS indicaram, com base em suas experiências, que o planejamento, ou seja, a articulação do fisioterapeuta com a ESF, ainda necessita de uma maior qualificação^{19,22}.

Discussão

A inserção do fisioterapeuta por meio das equipes NASF-AB na APS brasileira representa uma grande conquista para a categoria profissional e para a ampliação do acesso a cuidados historicamente concentrados no nível secundário de atenção à saúde aos usuários do SUS. Resultados da análise do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, de base nacional, realizado em 2013/2014, confirmam o verificado nesta revisão, ao identificarem a presença do fisioterapeuta em mais de 80% das equipes NASF/AB²⁸. No entanto, esse crescimento numérico necessita ser associado à carga horária desse profissional para atuação no NASF/AB.

Enquanto os demais profissionais, como nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo e profissional de educação física, possuem carga horária semanal de trabalho de 40 horas, a de fisioterapeutas é de, no mínimo, 20 e, no máximo, 30 horas, em virtude da Lei 8856/94²⁹. Ao considerarmos que cada equipe de Saúde da Família é responsável pela coordenação do cuidado de pelo menos 3.000 pessoas e que cada equipe NASF-AB apoia, no mínimo, 3, essa carga horária do fisioterapeuta pode ocasionar sobrecarga de trabalho e fragilidade do vínculo entre esse profissional e os demais componentes das equipes. Uma alternativa adotada pelos municípios para tal questão é a contratação de dois fisioterapeutas para cada equipe NASF-AB.

De acordo com Silva *et al.*³⁰, o acesso aos serviços especializados no SUS, onde se inclui os de Fisioterapia, é

caracterizado por diferentes gargalos ocasionados pelos modelos de atenção adotados pelos municípios, grau de resolutividade da APS e dimensionamento e organização da oferta dos serviços. Logo, o acesso aos serviços de Fisioterapia se caracteriza por uma grande demanda reprimida, ocasionando longas filas de espera³¹, como apontado por esta revisão. Estudo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) identificou que, mesmo com crescimento da provisão de profissionais de reabilitação, de 2007 a 2015, no SUS, ela ainda era baixa e desigual³².

Silva *et al.*³³ identificaram como principais entraves à atuação do fisioterapeuta no NASF-AB a desarticulação do NASF-AB com a ESF; falta de infraestrutura e transporte; dificuldade para trabalhar em equipe multiprofissional; déficit e fragilidade na formação acadêmica; desarticulação do NASF-AB com a rede de saúde; desconhecimento dos usuários, gestores e profissionais de saúde sobre a atuação do fisioterapeuta; além da carga horária insuficiente. Complementarmente, Souza *et al.*³⁴ constataram que as atribuições do Fisioterapeuta propostas pelo NASF-AB ainda não estão bem desenvolvidas dentro da formação, que possui caráter tecnicista, centrado na doença e na reabilitação, predominando atividades individuais. Ademais, destaca-se que, nas graduações e pós-graduações, os profissionais de saúde não são preparados para atuar na lógica integrada do matriciamento e que o trabalho em equipe, vínculo e coordenação do cuidado são outros pontos frágeis com relação à formação desses profissionais³⁵.

Além disso, o fisioterapeuta atuante no NASF-AB encontra dificuldades relacionadas ao dimensionamento da carga horária de trabalho para atender às demandas de todas as ESF apoiadas³⁶. Ainda, o número de ESF e suas respectivas demandas, muitas vezes, superam a capacidade de resposta do NASF-AB, havendo uma demanda excessiva

referenciada para o fisioterapeuta na APS³⁷. As diretrizes relacionadas ao NASF-AB evidenciam que, além das práticas individuais de reabilitação, o fisioterapeuta deve incentivar atividades coletivas, promovendo assistência integral ao usuário³⁵. No entanto, a falta de desejo e compromisso da população para participar das atividades coletivas promovidas pela equipe prejudica a sua adesão, configurando-se uma barreira para a realização dos atendimentos em grupo³⁷.

A partir do exposto, emergem duas questões. A primeira é que a inserção do fisioterapeuta no NASF-AB pode ser percebida por gestores municipais, trabalhadores da APS e fisioterapeutas como uma solução para as dificuldades de acesso a esse profissional nos serviços especializados. Entretanto, ela não pode ser considerada a “caixa de pandora” para essa situação. Espera-se que a APS tenha uma retaguarda adequada dos demais níveis de atenção, em especial, para os casos mais complexos. Assim, deve-se pensar e discutir não só a ampliação do acesso ao fisioterapeuta no âmbito da APS, mas, sim, em toda a rede assistencial.

A segunda se refere a uma possível “escolha de Sofia” imposta aos fisioterapeutas do NASF-AB. Ao se depararem com as necessidades assistenciais dos usuários e não possuírem uma rede de atenção especializada de suporte, precisam optar entre reproduzir o modelo ambulatorial/curativista no NASF-AB ou assistirem ao agravamento dos quadros funcionais devido às longas filas de espera dos serviços especializados de Fisioterapia.

Souza e Medina³⁸, ao investigarem as relações técnicas e sociais estabelecidas entre o NASF-AB e as EqSF em um município baiano considerado exitoso na implementação da APS, identificaram um descompasso entre as expectativas dos profissionais da APS (NASF-AB para atendimento da demanda reprimida) e a atuação prevista para o NASF-AB. Esse cenário pode ser explicativo para a

importante dedicação dispensada pelos fisioterapeutas do NASF-AB a ações individuais e curativistas.

Os atendimentos individuais assumiram, em alguns estudos dessa revisão, características que apontam a possibilidade de ampliação da concepção de atuação do fisioterapeuta. Eles possuíam o papel de organização do fluxo de usuários e de qualificação de encaminhamentos para os serviços da APS e especializados, o que é previsto na Portaria 154 de criação dos NASF-AB¹⁰. Porém, conforme apontado por Moreira *et al.*³⁹, entraves na articulação entre as equipes e os demais pontos da RAS comprometem esse processo. Destaca-se que os atendimentos individuais são previstos no processo de trabalho do fisioterapeuta no NASF-AB, no entanto, devem ser priorizados os atendimentos coletivos¹⁰.

É reconhecido o lugar para intervenções em grupo que incorporam os conhecimentos de núcleo, educação e promoção da saúde no contexto da APS e, com isso, podem ampliar o acesso aos serviços de saúde. Elas devem objetivar tanto o manejo das condições funcionais quanto mudanças de hábitos e a corresponsabilização, com potencial para promover melhorias na qualidade de vida dos participantes e ampliar o vínculo entre eles e as equipes de saúde^{40,41}. No caso brasileiro, a produção do cuidado por meio de grupos pode ser considerada uma inovação no processo de trabalho tradicional na APS⁴¹.

Para a Fisioterapia, as intervenções em grupo são eficazes para diversas situações clínicas, em especial, as crônicas, principalmente após os indivíduos atingirem níveis funcionais adequados pós-tratamentos individuais, sempre que necessário. Os grupos configuram-se como espaços seguros, eficazes e com viabilidade econômica para o acompanhamento fisioterapêutico de usuários⁴². Estudos verificaram o impacto das práticas fisioterapêuticas em grupo realizadas no contexto da APS brasileira. Elas foram

eficazes em promover a melhora da flexibilidade e também em minimizar queixas álgicas devido a alterações musculoesqueléticas⁴³, além de beneficiarem positivamente diversos aspectos, como: funcionalidade, condicionamento cardiorrespiratório, velocidade de marcha, equilíbrio e qualidade de vida de pacientes pós-AVE⁴⁴. Ademais, propiciaram a construção de conhecimentos que envolvem, além da dimensão biológica, a formação compartilhada de saberes, a participação ativa, o fortalecimento de vínculos e a autonomia dos usuários³⁹.

A visita/atendimento domiciliar pode ser considerada um modelo alternativo de assistência fisioterapêutica, favorecendo, assim, o acesso a esse serviço⁴⁵. Globalmente, a atenção domiciliar da Fisioterapia vem se consolidando, e a sua eficácia sendo comprovada⁴⁶. Elas apresentam vantagens, pois aumentam a independência funcional no ambiente doméstico e fortalecem as estratégias de autocuidado. Ademais, intervenções domiciliares regulares de profissionais de saúde garantem a continuidade do cuidado e propiciam satisfação dos pacientes⁴⁷, o que foi verificado, também, por esta revisão.

No contexto dos NASF-AB, elas são indicadas para usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade de Saúde que demandam cuidado com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde⁶. No caso da Fisioterapia, possibilitam a sua aproximação com os usuários, considerando as suas necessidades a partir das singularidades de sua comunidade, família e ambiente domiciliar. De acordo com Linhares *et al.*⁴⁸, essa ampliação do cuidado fisioterapêutico favorece o desenvolvimento de ações com vistas para o autocuidado, inclusive com a integração do cuidador nesse processo. Esses aspectos foram identificados nesta revisão.

O perfil epidemiológico global, com elevada prevalência de acometimentos

crônicos e de idosos, que demandam acompanhamento contínuo dos serviços de saúde, impõe desafios para os trabalhadores da APS. Nesse contexto, a mudança do foco na cura/reabilitação para o foco no autocuidado, na prevenção e na promoção da saúde na prática fisioterapêutica representa uma importante mudança de paradigma assistencial, o que é sugerido por ações como atendimentos em grupo e visitas/acompanhamentos domiciliares realizados por fisioterapeutas do NASF-AB. A literatura sinaliza que se deve assumir que o acompanhamento longitudinal implica o deslocamento da centralidade no profissional, característica do modelo tradicional de atenção à saúde, para o indivíduo que vive com doenças crônicas. Ainda, o autocuidado pode contribuir tanto para a corresponsabilização quanto para a redução da sobrecarga do sistema de saúde⁴⁰.

A percepção da atuação baseada nos atendimentos individuais curativistas, orientados pela lógica ambulatorial historicamente consolidada pelos serviços de Fisioterapia, pode contribuir para que questões como a insuficiência de recursos materiais e de infraestrutura própria sejam consideradas entraves para a prática do fisioterapeuta no NASF-AB. Esse modelo dependente de aparatos de alta densidade tecnológica associado à Fisioterapia implica, também, dificuldades por parte desses trabalhadores em incorporarem as ferramentas assistenciais sugeridas para o NASF-AB (Projetos Terapêuticos Singulares, Clínica ampliada, entre outros). O estudo que identificou a baixa utilização de tais ferramentas por fisioterapeutas do NASF-AB sugeriu que a explicação para tal fato possa ser a falta de capacitação para o processo de trabalho nessa equipe de APS, no nível de graduação, pós-graduação ou educação permanente¹².

A falta de articulação entre o trabalho do fisioterapeuta e as EqSF não é um problema enfrentado exclusivamente por esse profissional. Souza e Medina³⁸ identificaram a desarticulação entre as

ações do NASF-AB e as EqSF-AB, ocasionada pela dicotomia entre o processo de trabalho tradicional e a lógica do apoio matricial. Esses autores apontam como alternativas para superação desses desafios, como a redução do número de EqSF apoiadas, a ampliação da oferta de atividades de educação permanente, a reorganização da gestão e do trabalho, entre outras.

Conclusão

O panorama do trabalho do fisioterapeuta foi caracterizado pela ampla inserção desse profissional no NASF-AB, desenvolvendo atendimentos individuais, coletivos e visitas/atendimentos domiciliares a partir de uma grande demanda reprimida por serviço de Fisioterapia na RAS. Essas ações orientavam-se pela reabilitação de usuários, incorporando, em diferentes medidas e incipientemente, a educação em saúde, prevenção e promoção com vistas ao autocuidado.

Mesmo após 12 anos da criação dos NASF-AB, o fisioterapeuta enfrenta entraves para a sua atuação, e muitos deles associados à falta de educação permanente e de mudanças no processo de formação em Fisioterapia que rompam com o modelo reabilitador/curativista, ambulatorial, individual e dependente da técnica e da tecnologia material. Ademais, a falta de um referencial teórico consolidado acerca do processo de trabalho do fisioterapeuta é um dificultador em análises com a temática.

Considerando a complexidade do objeto de estudo “processo de trabalho” e o reduzido número de estudos incluídos nesta revisão, sugere-se a realização de pesquisas com métodos mistos, com vista a aprofundar o entendimento sobre a atuação do fisioterapeuta no NASF-AB. Seus resultados poderão ampliar as evidências robustas que subsidiem discussões para o fortalecimento da atenção fisioterapêutica no âmbito da APS brasileira.

Referências

1. Portela GZ. Primary Health Care: an essay on concepts applied to national studies. *Physis* 2017;27(2):255-76.
2. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: An inseparable commitment and a fundamental human right. *Cad. Saúde Pública* 2019;35(3).
3. OMS. Organização Mundial da Saúde. Annual Report of the Director 2019 Advancing the Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030. *Paho*; 2019.
4. Reed RL, McIntyre E, Jackson-Bowers E, Kalucy L. Pathways to research impact in primary healthcare: What do Australian primary healthcare researchers believe works best to facilitate the use of their research findings? *Health Res Policy Syst.* 2017;15(1).
5. WCPT. World Confederation for Physical Therapy. Primary Health Care and Community Based Rehabilitation: Implications for physical therapy based on a survey of WCPT's Member Organizations and a literature review. *WCPT Briefing*, Paper 1. London; 2003.
6. 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. Brasília; 2017.
7. Serapioni M, Tesser CD. The Brazilian Health System in the face of international typology: a prospective and inevitable discussion. *Saúde debate* 2019;43(spe5):44-57.
8. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Ciênc. Saúde Coletiva* 2018;23(6):1903-14.
9. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Ten years of Family Health Support Teams (Nasf): problematizing some challenges. *Saúde debate* 2018;42(spe1).
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília; 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil. D.O.U, Edição 220, Seção 1, p. 97. Brasília; 2019.
12. 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.
13. Padula RS, Pires RS, Alouche SR, Chiavegato LD, Lopes AD, Costa LOP. Analysis of reporting of systematic reviews in physical therapy published in Portuguese. *Rev Bras Fisioter* 2012;16(4):281-88.

14. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Gherzi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev.* 2015;4(1).
15. Dibai Filho AV, Aveiro MC. Elderly care by physiotherapists on Family Health Support Center in Arapiraca, Alagoas, Brazil. *Rev Bras Promoç Saúde* 2012;25(4):397-404.
16. Belettini NP, Rodrigues F, Cruz TS, Ferreira KC, Tuon L, Coleho BLP. Physical therapists' members of Family Health Support Center in the State of Santa Catarina: skills and challenges. *Fisioterapia Brasil* 2013;14(6).
17. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Physiotherapy and Support Center for Family Health: knowledge, tools and challenges. *O Mundo da Saúde* 2013;37(2):176-184.
18. Ferretti F, Lima L, Zuffo A. Perception of the Family Health Program professionals about the need for insertion of physiotherapist in the team. *Fisioter Mov.* 2014;27(3):337-47.
19. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Physiotherapy and Support Center for Family Health: study from the perspective of Family Health managers, professionals, and users. *Rev. APS.* 2014;17(2):189-194.
20. 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.
21. Souza MC, Almeida CR, Bomfim AS, Santos IF, Souza JN. Physical Therapy, Care and Praxis in the Support Center for Family Health. *Revista Espaço Para a Saúde* 2015;16(2):67-76.
22. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. *Fisioter. Mov.* 2016;29(4):767-76.
23. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. The role of physical therapists in the context of family health support centers. *Fisioter Mov.* 2017;30(4):703-13.
24. Faria CDCM, Araújo DC, Carvalho-Pinto BPB. Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke. *Fisioter. Mov.* 2017;30(3):527-36.
25. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Needs and dynamics of the Primary Healthcare workforce in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018;23(1):295-302.
26. Bim CR, González A. Territorial Distribution of Physiotherapists in the State of Paraná and Insertion in First Aid Teams. *Saúde e Pesqui.* 2020;13(1):83-91.

27. Vendruscolo C, Metelski FK, Maffissoni AL, Tesser CD, Trindade LL. Características e atuação dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2020;54:e03554.
28. Silva SLA, Ferla AA, Amorim JSC. Influência na Presença de Fisioterapeuta na Equipe do NASF no Número de Encaminhamentos e Tempo de Espera para Realização de Fisioterapia em Serviço Especializado. *Cad Educ Saúde e Fisioterapia* 2018;5(10).
29. Brasil. Ministério do Trabalho. *Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994.* Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. D.O.U. de 02 de março de 1994. Brasília; 1994.
30. Silva CR, Carvalho BG, Gordoni Júnior L, Nunes EFPA. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2017;22(4):1109-20.
31. Ferrer MLP, Silva AS, Silva JRK, Padula RS. Microrregulation of access to the care network in physiotherapy: strategies for improving the care flow in a secondary care service. *Fisioter. Pesquisa* 2015;22(3):223-30.
32. Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE, Luft VD, Góes AB, Schmitt ACB. The access and rehabilitation working process in Primary Health Care. *Fisioter. Pesqui.* 2017;24(1)74-82.
33. Silva DJR, Amorim MCBV, Silva TCD, Santos SEL, Silva VN, Viana SO. Challenges of Physiotherapeutic Operations in Nasf-Ab: A Literature Review. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva* 2021;2(n.e10144)1-14.
34. Souza MC, Bonfim 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. *Rev. APS.* 2014;17(2),189-94.
35. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF.* Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
36. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. The role of physical therapists in the context of family health support centers. *Fisioter. Mov.* 2017;30(4),703-13.
37. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Rev. Bras. Ciên. Saúde.* 2012;16(2),113-22.
38. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentation or integration of health work in PHC? *Saúde debate* 2018;42(spe2):145-58.
39. Moreira DC, Soares DA, Castro CP, Bispo Junior JP. Family Health Support Center's work to strengthening of primary care: experiences of community workers. *Physis* 2019;29(3).

40. Barnes RY, Jelsma J, Parker R. Improvements in health-related quality of life and function in middle-aged women with chronic diseases of lifestyle after participating in a non-pharmacological intervention programme: A pragmatic randomised controlled trial. *Afr. J. Disabil.* 2019;8.
41. Fernandes ETP, Souza MNL, Rodrigues SM. Group Practices of the Family Health Support Center: users' perspective. *Physis* 2019;29(1).
42. Rushton A, Heneghan NR, Heap A, White L, Calvert M, Goodwin PC. Patient and physiotherapist perceptions of rehabilitation following primary lumbar discectomy: a qualitative focus group study embedded within an external pilot and feasibility trial. *BMJ Open.* 2017;7(4).
43. Gomes DS, Silva SCP, Tonello MGM. Efficacy of Care in the Expanded Family Health Center (Nasf) in a Physiotherapy Group: The Musculoskeletal Aspects. *Temas em Saúde* 2019;19(2).
44. Rodrigues GC, Mazzola D. Fisioterapia em Grupo na Reabilitação de Indivíduos Pós Acidente Vascular Encefálico (AVE). *Vivências* 2019;15(28):245-54.
45. Holland AE, Mahal A, Hill CJ, Lee AL, Burge AT, Cox NS, Moore R, Nicolson C, O'halloran P, Lahham A, Gillies R, McDonald CF. Home-based rehabilitation for COPD using minimal resources: a randomised, controlled equivalence trial. *Thorax.* 2017;72(1):57-65.
46. Yano H, Tanaka N, Kamibayashi K, Saitou H, Iwata H. Development of a portable gait rehabilitation system for home-visit rehabilitation. *The Scientific World Journal.* 2015;2015(1):1-12.
47. Shori G, Kapoor G, Talukdar P. Effectiveness of home-based physiotherapy on pain and disability in participants with osteoarthritis of knee: an observational study. *J Phys Ther Sci.* 2018;30(10):1232-36.
48. Linhares JH, Pinto PD, Albuquerque IMN, Freitas CASL. Analysis of Nasf's Physiotherapy Actions Through Sinai in Sobral-CE. *Cadernos da Escola de Saúde Pública* 2010;4(2):32-41.

Como citar este artigo:

Cruz AP, Brito GEG, Barbalho SLS, Freire JCG, Alves AKO, Medeiros BNF, Oliveira MIS, Neves RF. A fisioterapia nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: uma revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde.* 2021; 19(69): 135-149.