

REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS, COMPETÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS

Literature review on Physiotherapist's performance in Primary Health Care: challenges, skills and experience

RESUMO: OBJETIVOS: O presente estudo tem como escopo verificar se existe correlação da dor lombar com encurtamento de isquiotibiais em discentes de uma instituição de ensino superior. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo, amostra composta por 69 discentes do curso de Fisioterapia, maiores de 18 anos, ambos os gêneros. Os participantes foram encaminhados ao laboratório II no curso de Fisioterapia onde foram coletados os dados: identificação numérica crescente (1,2,3,4,...), idade, gênero, e prática de exercício físico. Foram coletados peso e altura para o cálculo do índice de massa corpórea (IMC); avaliação postural vista anterior, posterior e lateral utilizando o programa SAPO para análise; avaliação da amplitude de movimento (ADM) da articulação coxofemoral por um goniômetro; avaliação da dor identificada pela escala visual analógica de dor (EVA) e avaliação da flexibilidade para detectar encurtamento muscular dos isquiotibiais utilizando banco de WELLS. Os dados foram descritos como frequência, porcentagem média e desvio-padrão. Os resultados foram apresentados através de estatística descritiva por meio de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central. Para a associação das variáveis qualitativas foram utilizados teste Qui-quadrado (χ^2) e Kruskal-Wallis. O valor considerado para p foi $<0,05$. Os dados foram analisados no Statistical Software Package Social Science (SPSS versão 21.0). **RESULTADOS:** Dos 69 alunos participantes da pesquisa, 65 (94%) são do gênero feminino, com média de idade de $20 \pm 4,31$ anos. A dor lombar demonstrou relação com discentes sedentários 48 (69,57%), e que apresentaram IMC abaixo do peso 41 (59,42%) ($p=0,041$). Ao analisarmos a flexibilidade encontramos correlação direta com discentes sedentários 48 (69,57%) com o nível de flexibilidade, onde 16 (67%) apresentaram flexibilidade fraca e 11 (69%) abaixo da média ($p=0,001$). Houve correlação da flexibilidade com alongamento, onde os discentes que realizavam alongamentos 28 (40,58%) possuíam uma melhor classificação no teste de flexibilidade ($p=0,008$). Dos 40 (57,97%) discentes com dor lombar, observou-se correlação direta com a classificação da flexibilidade, que em sua maioria foi considerada ruim 12 (50%) ou abaixo da média 11 (69%) ($p=0,002$). Em relação à avaliação postural observou-se que houve uma relação direta da anterversão pélvica com a diminuição dos graus de ADM na avaliação da flexão de quadril com joelho estendido 47,83% ($p=0,051$). **CONCLUSÃO:** Os resultados demonstraram que não existe associação entre presença de dor e restrição de ADM da articulação coxofemoral e/ou encurtamento dos isquiotibiais. A dor lombar, relatada pelos estudantes pode estar associada à diminuição de flexibilidade, sedentarismo, falta de alongamentos e anterversão da pelve, pelo aumento da curvatura lombar.

ão necessários mais estudos para melhor compreensão do tema.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Fisioterapia. Saúde.

ABSTRACT: The study aimed to review the literature through the work of physiotherapists in primary health care. A review was performed in databases: LILACS, SciELO and thesis database of CAPES. Nine selected items, grouped in three themes: dilemmas, skills and professional skills and physical therapy practices in primary health care. The mentioned professional dilemmas were the expansion of the physiotherapist's role in collaboration with other health services. Skills and abilities addressed the identification of clinical and socio-cultural symptoms, the ability to work in teams. The practice reports spoke about the reality of this professional care in primary care. The low number of studies suggest ignorance about the way that physical therapy is included in primary health care, probably, for the professional skills required in this environment. Thus, further studies are needed to better understand the subject.

KEYWORDS: Primary health care. Physical therapy. Health.

Juleimar Soares Coelho de Amorim¹
Alana Pretto²

1. Mestre em Ciências da Reabilitação. Professor curso de Fisioterapia, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro.

2. Fisioterapeuta, Centro Universitário Filadélfia – UNIFIL

E-mail: juleimar.amorim@ifrj.edu.br

Recebido em: 02/10/2016

Revisado em: 04/11/2016

Aceito em: 25/01/2017

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde é um tema complexo, objeto de estudo de diferentes pesquisadores e vem se transformando ao longo das últimas décadas perpassando por modelos curativos ao de promoção da saúde, definido assim como mais completo bem estar biológico, psicológico e social. A organização dos serviços de saúde tem impactos diretos sobre a definição, uma vez que as políticas se organizam conforme a compreensão da terminologia^{1,2}. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) lida com esse desafio ao buscar garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a superar os limites do modelo médico-assistencial privatista e quando incorpora um conjunto ampliado de ações associa às condições de vida, sociais e humanas. Assim, o SUS norteia a formulação e a implementação de estratégias que viabilizem um serviço de saúde universal, integral, eficiente, com equidade e com participação da população. Uma de suas estratégias é a Saúde da Família³.

Desde a implantação de um sistema universal público, em 1990, diferentes propostas e estratégias têm sido adotadas visando atender às necessidades de saúde da população. Nesse contexto, através de suas portarias, a Política de Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e a atenção primária se constituindo como porta de entrada prioritária do sistema. A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por ser 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 saúde⁴, ofertando serviços de baixa complexidade e alta tecnologia leve o mais próximo das famílias e mais capilarizado no território.

De acordo com Costa Neto e Menezes⁵, o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, e mais tarde adotado como Estratégia Saúde da Família (ESF), é peça fundamental na organização da APS. A equipe responsável pelo trabalho coletivo é formada por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista e auxiliar. Entretanto, com as demandas específicas que surgiram durante o processo de amadurecimento da estratégia, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar as ações da equipe⁶. Conforme a Portaria, dentre os profissionais que podem compor o NASF está o fisioterapeuta.

Freitas⁷ traz quatro questionamentos reflexivos sobre a formação em Fisioterapia e a atuação na atenção primária, a saber: I) Como pensar em ações preventivas e de promoção à saúde quando, até então, a prática desenvolvida e fundamentada nos bancos acadêmicos foi alicerçada nas disfunções físico-funcionais e na hipervalorização da doença?; II) Como trabalhar em um espaço onde o uso da tecnologia dura não é compatível, a priori, com a atenção primária? III) Como enfrentar um novo relacionamento interpessoal com o paciente que, inserido no seu contexto social, o desafia não só em relação à lesão estampada no seu corpo, mas também com verdadeiras

tragédias sociais que o cercam? IV) Como atuar junto a outros atores da saúde se uma das marcas nitidamente presente na sua prática foi o desenvolvimento uniprofissional?

Deve ser apreendido a possibilidade de integração do fisioterapeuta nas equipes de Saúde da Família na intenção de potencializar a resolutividade nesse nível da atenção à saúde e na expectativa de se constituir em instrumento para fortalecer a estratégia Saúde da Família, somando esforços na direção da consolidação dos princípios e pressupostos do sistema de saúde brasileiro⁸. Contudo, os espaços de formação acadêmica carecem de pesquisas reflexivas sobre a prática deste profissional nos serviços da APS, uma vez que ainda é um processo em construção⁹.

As discussões nos meios acadêmicos e científicos^{8,9} apontam que não basta o SUS atuar como mediador coletivo, que proporcione a aproximação entre a fisioterapia e as necessidades da população; a fisioterapia também deve adequar-se e preparar-se para atuar de acordo com a nova lógica de organização dos modelos de atenção e o atual perfil epidemiológico da população. Logo, a realização desta revisão bibliográfica busca contribuir para o conhecimento e delineamento deste profissional frente sua atuação na APS e poderá fornecer subsídios para intervenções e planejamento de ações em saúde. Pessupomos que ainda são escassas as evidências, com evolução progressiva no volume de publicações a partir da criação do NASF e que as ações ainda são incipientes em relação ao arsenal terapêutico do fisioterapeuta. O objetivo deste estudo foi sintetizar dados da

literatura sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão de literatura pelo qual iniciou o processo de seleção consultando o portal de busca CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior), em seguida, as bases de dados Lilacs e Scielo, investigando artigos de periódicos nacional e internacional, teses e dissertações. Foram utilizados os seguintes termos de busca em português e inglês: saúde/health, atenção primária/primary care, fisioterapia/physiotherapy (especialidade). Estas palavras foram utilizadas de maneira isolada e em seguida combinadas duas a duas e três a três, utilizando-se "e"/"and" e "ou"/"or", a fim de ampliar a busca. Foram selecionados somente investigações publicadas a partir do ano 2000.

Seguida essa etapa, os documentos foram selecionados a partir dos seguintes critérios para inclusão: texto completo disponível, atuação do fisioterapeuta na atenção primária, características das atribuições profissionais do Fisioterapeuta na Unidade Básica de Saúde e hipóteses documentadas relacionadas à experiências fisioterapêuticas na saúde pública/coletiva. Como material complementar, foram acessadas portarias, decretos e leis específicos a legislação referente a este profissional, por meio do endereço eletrônico do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Ministério da Educação e, ainda, a Biblioteca Virtual de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados inicialmente 20 estudos potencialmente elegíveis, dos quais apenas nove foram selecionados, pois apenas os mesmos citavam a relevância da atuação do fisioterapeuta na APS e os demais não discutiam especificamente sobre a temática, assim como

ausência de documentos normativos sobre a prática da fisioterapia na APS. O retorno da busca evidencia uma escassez de estudos publicados referentes a temática. A tabela 1 a seguir apresenta os artigos selecionados por autor, ano de publicação, objetivo e tipo de estudo.

Tabela 1 - Características dos estudos selecionados para compor a revisão de literatura.

Autores	Ano	Periódico	Objetivo	Delineamento do Estudo
Sampaio ¹⁰	2002	Fisioterapia e Movimento	Mostrar a atuação da Fisioterapia/UFMG em uma Unidade Básica de Saúde, discutindo o papel do fisioterapeuta na atenção primária.	Transversal
Viana et al. ¹¹	2003	Revista Brasileira de Fisioterapia	Identificar o perfil da clientela usuária dos serviços de fisioterapia do CSSG e analisar as representações sociais desse grupo sobre fisioterapia.	Transversal
Maciel et al. ¹²	2005	Fisioterapia e Movimento	Descrever uma experiência e refletir sua influência na formação dos acadêmicos do último período do Curso de Fisioterapia da UFMG.	Transversal
Brasil et al. ¹³	2005	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Descrever a atuação dos fisioterapeutas no Programa de Saúde da Família (PSF) desenvolvido no município de Sobral- Ceará enfatizando as necessidades das populações especiais em relação à intervenção preventiva desse profissional.	Transversal
Santos et al. ¹⁴	2007	Fisioterapia e Pesquisa	Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo Serviço de Fisioterapia do PPSRF	Transversal
Muniz et al. ¹⁵	2007	Revista Atenção Primária da Saúde	Apresentar o Projeto de Assistência Interdisciplinar a Idosos em Nível Primário sob o enfoque dos alunos de fisioterapia participantes	Relato de caso
Rezende et al. ¹⁶	2009	Ciencia&Saude Coletiva	Contribuir para uma reflexão sobre integração do fisioterapeuta nas equipes da ESF, na intenção de mostrar os aspectos da profissão que a tornam capaz de potencializar a resolutividade da atenção primária de saúde.	Revisão de Literatura
Sousa e Ferreira ¹⁷	2013	Anais do XII Encontro latino Americano de Iniciação Científica Universidade Vale do Paraíba	Verificar o desenvolvimento das ações do profissional fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família	Revisão de Literatura
Soares e Bezerra ¹⁸	2014	Revista de Fisioterapia Saúde Funcional	Analisar, por meio do relato e da discussão de um caso clínico, o modelo, as possibilidades e os resultados de intervenção clínica da fisioterapia na APS.	Relato de caso

Evidencia-se que os artigos foram publicados entre 2002 e 2014, a maioria^{10,11,12,14,18} foi publicada em revistas de fisioterapia, sendo os demais publicados em

áreas correlatas à saúde^{13,15,16,17}. O tipo de publicação mais prevalente foi de artigos originais (55,5%), dois de revisão de literatura (22,5%) e dois de relato de caso (22,5%). Na

análise de materiais e métodos dos trabalhos houve predomínio de pesquisa de campo/prática com foco na importância das ações do profissional frente a questões da APS. A partir do conteúdo discutido nos estudos de base foram organizados os seguintes eixos temáticos: desafios enfrentados pelos fisioterapeutas dado o perfil dos pacientes na APS^{12,14,15}; competências e habilidades fisioterapêuticas na APS^{10,12,15,16}; e, experiências assistenciais exitosas^{15, 17, 18}.

Desafios enfrentados pelos fisioterapeutas na APS

Na última década do séc. XX, especialmente a partir de 1995, começaram a surgir, mais efetivamente, algumas experiências da fisioterapia na APS no Brasil, seguramente motivadas pela mudança na Política Pública de Saúde, legitimadas pela Constituição Federal de 1988 que estabeleceu o acesso à saúde como um direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, as dificuldades de adaptação da Fisioterapia à nova realidade, qual seja, a inversão do modelo assistencial que passou a priorizar as ações no nível primário de atenção à saúde, parece ter gerado um novo cenário ainda mais desafiador para essa profissão.

O escopo de atuação do fisioterapeuta vem se ampliando, principalmente na APS, levando este profissional a incorporar uma filosofia de trabalho pautada nos princípios que regem a organização dos serviços da atenção básicas, tais como a participação ativa da comunidade, a troca de saberes e experiências com pacientes, família e na equipe

multiprofissional que compõem o NASF e a Atenção Básica¹⁷.

Ao usufruir de um trabalho que envolva o indivíduo, a família e o ambiente é potencialmente útil para que os atores sejam bem informados dos processos, compreendam os objetivos da terapia e participem ativamente da intervenção. Os ideais defendidos por Brasil¹³ como modelo de atenção são fundados nas linhas de cuidado, na clínica ampliada e na construção do projeto terapêutico singular. Essas são ferramentas pelos quais os profissionais precisam ter domínio e a academia ser atualizada na formação dos fisioterapeutas. Contudo, a reforma curricular dos cursos de fisioterapia ainda não atingiram esses profissionais que já estão na prática e que participaram a tempo dos estudos desta revisão. Logo, forma-se um desafio para a prática de trabalho e um hiato entre o prescrito e o real em inúmeros cenários de atuação.

Em um levantamento descrito por Viana¹¹, observa-se que o perfil dos usuários do serviço é em sua maioria mulheres, do lar, com 53,5 anos em média, solteiras, com o ensino fundamental incompleto, que apresentam como diagnóstico médico mais frequente a hipertensão arterial e diabetes e como demanda para fisioterapia as dores na coluna vertebral e/ou nos joelhos. Os autores ainda apontam que em entrevista com os usuários do serviço há uma associação do tratamento fisioterapêutico ao trabalho de nível técnico, ressaltando os benefícios para o corpo e a mente. Entretanto, há um déficit na compreensão da terapia de reorganização física, prevenção, educação e reconstituição de alguma perda. Esses dados corroboram o

estudo de Brasil¹³ no qual demonstrou que o desconhecimento a respeito da atuação do fisioterapeuta é motivo de limitação do acesso da comunidade ao próprio serviço. Diante da relação profissional-indivíduo-família-território, o fisioterapeuta pode traçar um perfil de sua população atendida a partir de um diagnóstico situacional epidemiológico. Portanto, outro desafio que se revela é a necessidade de conhecer a distribuição dos agravos no território, a clientela adscrita e até mesmo o conhecimento que a população e membros da equipe tem sobre a oferta de trabalho do fisioterapeuta na APS.

Segundo estudos de Santos¹⁴, o perfil dos pacientes atendidos na APS, pelo fisioterapeuta, são predominantemente de lesões músculo-esqueléticas, de ordem ortopédica ou neurológica; usuários mais velhos (40 anos e mais) que foram acometidos por doenças crônicas. O terceiro desafio, conquanto, é estabelecer uma prática preventiva em detrimento de uma curativa, transpor o modelo de cuidados agudos para atuação nas condições crônicas, dada a prevalência na população, assim como o envelhecimento do país.

Observa-se que enquanto integrante da equipe NASF, na atenção básica, no sentido de fortalece-lo e de ampliá-lo cada vez mais suas ações, estão sendo estimuladas práticas diversas, individuais, coletivas e, principalmente, interdisciplinares, no âmbito das múltiplas áreas da saúde coletiva na APS. Evidencia-se que rotinas precisam ser revistas e modificadas, e, como consequência, desconfortos serão inevitáveis, instituindo-se consequências diretas à defesa e ao fortalecimento do NASF. Deste

modo, os estudos de Freitas⁷, Litchfield⁸, Bispo⁹ e Rezende¹⁶ defendem que o perfil profissional requerido para atuação na APS inclui formação generalista, flexibilidade e criatividade, empatia, autonomia e iniciativa, capacidade de trabalho em equipe e conhecimento sobre o SUS.

Atendendo as prerrogativas descritas nas novas diretrizes do NASF²⁰, entre as medidas necessárias para a mudança, destacam-se: a reflexão sobre o cotidiano com os atores envolvidos (diagnósticos de saúde e situacional), o investimento no sentido de fortalecer os vínculos (relação terapeuta-paciente-família-equipe) e a criação de um espaço para o debate coletivo (matriciamento) entre as disciplinas envolvidas no processo de trabalho e na produção do cuidado (integração prática/serviço e teoria/academia). Importa reconhecer que a qualidade em saúde não depende apenas de uma forma ou modelo, mas também do domínio das competências necessárias ao respectivo exercício profissional.

Competências e habilidades do profissional para atuação na APS

Verificou-se que os fisioterapeutas que atuam na APS desenvolvem competências, habilidades e conhecimentos que se diferem dos terapeutas da clínica especializada e do nível terciário da atenção à saúde. Segundo Trelha¹⁹ para se alcançar um trabalho delimitado pela integralidade é necessário ao fisioterapeuta agregar cinco diferentes pontos à prática profissional: a prevenção, a assistência, a recuperação, a pesquisa e a educação em saúde. Principalmente no que diz respeito a

identificação de sinais e sintomas de condições clínicas e socioculturais, o estabelecimento de diagnóstico cinésioterápico precoce e uma atuação ampliada a família e comunidade. A adoção desse manejo na prática pode repercutir em redução de iatrogenias e custos para o sistema de saúde, tais como citado por Maciel¹² ao evidenciar a prevenção do uso excessivo de medicamentos como um indicador indireto da qualidade do serviço de fisioterapia¹².

Nos estudos de Sampaio¹⁰, Maciel¹² e Muniz¹⁵ foram descritos a atuação dos estudantes de fisioterapia na APS, principalmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas quais as intervenções desenvolvidas pelos profissionais eram em programas dirigidos a toda a comunidade ou em serviços voltados para o indivíduo e a família e propostos de acordo com a demanda de cada unidade de saúde. Dentro do cardápio de oferta das unidades básicas, evidenciou-se a inserção da fisioterapia nos grupos de hipertensos, diabéticos e crianças portadoras de asma. A organização do processo de trabalho compreende atendimento à demanda espontânea, com avaliações e tratamento individuais, e ações programáticas, com atividades em grupo para portadores de doenças crônicas da coluna, atividade preventiva para a terceira idade e gestantes, bem como visitas domiciliares e treinamento de cuidadores. Para os acadêmicos a vivência na atenção primária lhes permitiram uma compreensão ampliada dos determinantes sociais de saúde, assim como uma nova concepção de cuidado.

O estudo de Rezende e colaboradores¹⁶ destaca que a integração de profissionais de diferentes categorias nas equipes de Saúde da Família permite distintos olhares, ampliando as possibilidades inovadoras das práticas do cuidado e aumentando o potencial da resolutividade de seu trabalho. Para Soares¹⁸, o atendimento domiciliar possibilita ao fisioterapeuta conhecer a realidade social, econômica, cultural e familiar do usuário podendo adequar a conduta e realizar as orientações necessárias, incluindo treinamento dos membros da família quanto à medidas preventivas e reabilitadoras no ambiente de moradia.

Concordamos com Maciel¹² que para inserir-se no contexto da formação e da atenção primária, a competência do fisioterapeuta precisa ir além do domínio técnico das ferramentas de trabalho, é preciso sensibilizar-se às necessidades e às circunstâncias de vida das famílias envolvidas, do território adscrito e da equipe de trabalho. Embora a organização do trabalho esteja direcionando para atuação integradora, isso não significa somente buscar equipes com profissionais de múltiplas áreas acenando para uma perspectiva que atualmente está sendo chamada de interdisciplinaridade, deve se considerar que a intervenção depende da flexibilidade dos atores sociais envolvidos. Destarte, inserem-se como competências e habilidades a) capacidade diagnóstica situacional; b) organização do processo de trabalho; c) trabalho e discussão em equipe; d) compreensão dos determinantes sociais de saúde; e) concepção de cuidado em saúde.

Experiências assistenciais exitosas

A experiência evidenciadas nos estudos tem nos ensinado que o caminho da prática à teoria aposta na APS uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais. Os principais ensaios reportados pelos estudos que investigaram os profissionais de Fisioterapia na APS demonstram diferenças nesse campo de atuação, dentre as quais, destacam-se: (I) a mudança do cenário do atendimento transpõem-se do ginásio terapêutico, ambulatório ou leito hospitalar para intervenções em domicílios, escolas, salões desprovidos de recursos eletrotermofototerápicos (ondas curtas, fornos, ultra-som, TENS, entre outros), em consultórios de unidades básicas de saúde, em igrejas, praças; (II) o atendimento transcende o individual, incorporando-se o coletivo e o território; (III) a perda da exclusividade das ações fisioterapêuticas, no sentido etimológico, que se diluem e dividem espaço com as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde por uma equipe multiprofissional; (IV) transformação de uma prática profissional calcada na decisão individual, arbitrada pelo fisioterapeuta, sobre os métodos e procedimentos a serem aplicados, para a busca de uma prática em que as decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar com a participação dos usuários. Em síntese, essa transformação da prática também é discutida por Freitas e colaboradores⁷.

A tabela 2 sintetiza os resultados apresentados pelos estudos quanto as

experiências que tem se mostrado relevantes para a atuação do fisioterapeuta na atenção básica. Os nove artigos apontam para uma atuação preventiva, multiprofissional e reabilitadora, seja em atenção coletiva ou individual.

Conforme as diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento da Educação Permanente em Saúde (EPS) dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, o conceito de EPS permeia a ideia de articular as necessidades dos serviços, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde²¹. O enfoque dos estudos desta revisão^{12,13,15,16,18} foi fundamentado nos saberes estruturados dos profissionais, por meio de métodos pedagógicos ou técnicas de trabalho baseados na transmissão de conhecimento para a orientação dos usuários e das famílias. Entretanto, o aprendizado e o treinamento dos usuários pelos próprios profissionais devem ser de dar em uma linguagem acessível e didática que permita a aplicabilidade prática dos cuidados em saúde. Isso se torna um desafio uma vez que a formação acadêmica do fisioterapeuta ainda é incipiente na qualificação de técnicas de linguagem e métodos de aprendizado popular. A atenção domiciliar parece ser uma das fortes justificativas para a atuação do fisioterapeuta na atenção básica, dado a frequente presença dessa atividade nos artigos consultados, o que remete ao contexto histórico da fisioterapia. Durante a visita ou atendimento no domicílio do usuário e sua família, confronta-se diretamente a realidade vivida e permite-se uma melhor identificação das necessidades da pessoa a ser

atendida, bem como melhor formulação das ações a serem propostas pelo profissional. A revisão de Trelha²¹ aponta, de igual modo, que os cuidados domiciliares discutidos com a família vão desde orientações de saúde em geral até técnicas de estímulo sensorio-motor, termoterapia e cinesioterapia, assim como cuidados quanto ao uso de órteses e próteses adaptadas às condições do ambiente.

O principal critério adotado na organização dos serviços de saúde para a realização da visita e acompanhamento domiciliar, discutida pelos artigos, é impossibilidade de deslocamento até as unidades de saúde. Embora realmente seja um critério plausível, os profissionais devem ser

encorajados a adotar uma postura de busca ativa dos adscritos nas equipes, seja para conhecer o território, seja para identificar as necessidades precocemente ou programar ações preventivas de saúde. De igual importância, o sucesso da atenção domiciliar é o caráter multidisciplinar da intervenção domiciliar para diagnóstico em saúde, familiar ou territorial. O tempo dedicado a atividade e a metodologia de eleição dos usuários que necessitam de atendimentos apresentam-se como um grande desafio a ser esclarecido no processo de trabalho do fisioterapeuta, frente às demandas dos trabalhos nas unidades de saúde^{11,13,14,15,17}.

Tabela 2: Síntese das experiências exitosas apresentadas pelos artigos da revisão.

Eixo	Práticas	Estudo, Ano
Educação em Saúde	Atenção aos cuidadores, orientações para pacientes e seus familiares, orientações gerais à comunidade associadas às atividades domiciliares: aulas, palestras, cartilhas, cartazes, folder. Participação em capacitação e educação permanente junto à equipe: congressos, reuniões, simpósios, troca de experiências.	Maciel, 2005 ¹² Brasil, 2005 ¹³ Muniz, 2007 ¹⁵ Rezende, 2009 ¹⁶ Soares, 2014 ¹⁸
Atenção domiciliar	Atendimentos a usuários incapazes de locomover-se à UBS, tais como acometidos por distúrbios neurológicos, amputação, traumato-ortopédicos funcionais e cardiopneumo funcionais. Prática de primeiro momento de contato com a moradia do usuário. Orientação para adaptação no domicílio e revisão das relações familiares.	Viana, 2003 ¹¹ Brasil, 2005 ¹³ Santos, 2007 ¹⁴ Muniz, 2007 ¹⁵ Souza, 2013 ¹⁷ Viana, 2003 ¹¹
Atividades Coletivas	Grupos terapêuticos operativos em saúde do trabalhador, hipertensos e diabéticos, coluna, alongamento, gestantes, terceira idade, caminhada, postura, mastectomia, incontinência urinária e mães de crianças asmáticas.	Maciel, 2005 ¹² Brasil, 2005 ¹³ Santos, 2007 ¹⁴ Muniz, 2007 ¹⁵ Rezende, 2009 ¹⁶ Souza, 2013 ¹⁷ Maciel, 2005 ¹² Rezende, 2009 ¹⁶
Investigação epidemiológica e planejamento	Gestão de caso, matriciamento, análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e discussão em equipe de ações intersetoriais e interdisciplinar. Diagnóstico situacional: condições socioeconômicas, condições de morbidade, estado nutricional, estado cognitivo e capacidade funcional da população adscrita.	Maciel, 2005 ¹² Brasil, 2005 ¹³ Muniz, 2007 ¹⁵ Rezende, 2009 ¹⁶ Souza, 2013 ¹⁷ Soares, 2014 ¹⁸
Atuação interdisciplinar e intersetorial	Saúde na escola, nas empresas, discussão dos casos clínicos entre profissionais, Participação em mutirões de saúde e campanhas preventivas e de triagem diagnósticas.	Sampaio, 2002 ¹⁰ Muniz, 2007 ¹⁵ Viana, 2003 ¹¹ Brasil, 2005 ¹³ Santos, 2007 ¹⁴ Muniz, 2007 ¹⁵ Souza, 2013 ¹⁷ Soares, 2014 ¹⁸
Inserção acadêmica	Estágios curriculares, projetos de extensão e preceptoria de residências em saúde.	Muniz, 2007 ¹⁵ Viana, 2003 ¹¹ Brasil, 2005 ¹³ Santos, 2007 ¹⁴ Muniz, 2007 ¹⁵ Souza, 2013 ¹⁷ Soares, 2014 ¹⁸
Atendimento individual	Tratamento do domicílio, unidade básica de saúde e/ou centros de apoio da comunidade (instituições de longa permanência públicas, terapia integrativa, centros-dia, instituições religiosas). Técnicas de mobilização articular, reabilitação postural, tratamento de sequelas de hanseníase, distúrbio neurológicos, traumato-ortopédicos e cardiorrespiratórios.	Maciel, 2005 ¹² Rezende, 2009 ¹⁶
Acolhimento	Atividades em sala de espera, cooperação em campanhas e mutirões e relação terapeuta-paciente.	Maciel, 2005 ¹² Rezende, 2009 ¹⁶

A relevância da fisioterapia domiciliar se justifica pelo fato de que muitas pessoas enfrentam obstáculos de acesso aos serviços de saúde por diversos determinantes, tais como a distância entre o local de moradia e os serviços que prestam atendimento; a limitação física de muitos usuários, o que, muitas vezes, impede seu deslocamento em transportes coletivos; os custos financeiros que estes deslocamentos representam e com os quais estes sujeitos não conseguem arcar; e, a insuficiência de vagas nos serviços, causando uma demanda reprimida. De mesmo modo, a atenção domiciliar contribui para dirimir estes obstáculos que podem, em muitos casos, agravar os problemas de saúde, e dificultar ou impossibilitar o processo de reabilitação, como também gerar uma assistência inadequada à saúde. A assistência fisioterapêutica domiciliar à luz da educação popular, ao mesmo tempo em que promove uma assistência à essa população desassistida, amplia nossa visão de saúde como processo educativo¹⁵.

Tão logo o usuário da atenção domiciliar apresente condições de se deslocar ao serviço, é incentivado a sua interação com a sociedade, reinserindo ao ambiente social e refazendo sua rede social. Durante o atendimento em domicílio, além de dedicar à recuperação, reabilitação e readaptação do paciente, procura-se identificar, através do diálogo, as atividades desenvolvidas naturalmente pelos familiares e cuidadores, observar a necessidade de incentivar e orientar as possíveis ações, promovendo uma saúde integral. Faz-se necessário usar a criatividade para criar/adequar as técnicas aprendidas no meio acadêmico à realidade local, priorizando

técnicas manuais e os materiais caseiros construídos por familiares, na busca de alcançar os objetivos¹⁵.

Atividades coletivas formam o arcabouço da atuação do profissional fisioterapeuta na atenção básica, frequentemente discutidos nos estudos¹¹⁻¹⁷. A prática que amplia para maior grupo de usuários é rotineira nos serviços da atenção primária, devido ao potencial de promoção da funcionalidade e prevenção de incapacidades, na participação ativa da comunidade e também por minimizar os atendimentos focados em disfunções específicas. Nos grupos operativos, por exemplo, são trabalhados e discutidos temas e ações de promoção da saúde, envolvendo indivíduos com enfermidades ou não, que não apontem a patologia como critério de inclusão.

Ademais, o profissional supera a marcante presença de um modelo assistencial tradicional para um modelo preventivo e co-participativo. A inserção da Fisioterapia na atenção básica rompe com a lógica exclusiva do atendimento individual, da hipervalorização da doença, do sentido restrito que associa a profissão à reabilitação, assim como, rompe a forte tendência de desenvolver práticas isoladas, distantes de interlocuções com outros atores da saúde e da própria comunidade.

A atuação intersetorial foi vista além do limite ao primeiro nível de atenção, abrangendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-doença. A participação do fisioterapeuta na articulação entre diferentes setores foi apontada nas investigações com trabalhos em

escolas, creches, instituições de longa permanência e empresas, todos adscritos no território da UBS^{12,13,15,16,17,18}. A orientação de atividades extramuros é importante em intervenções que articulem as diversas iniciativas de apoio disponíveis na rede de atenção à saúde, como forma de potencializar as próprias ações.

A investigação de Muniz e colaboradores¹⁵ exemplifica com um projeto interdisciplinar para a assistência a idosos na atenção primária. Os autores relataram os benefícios da fisioterapia para grupos de terceira idade. Entretanto, diferentemente deste, no trabalho de Soares e Bezerra¹⁸, os pesquisadores elucidaram a dificuldade em relação ao atendimento, a falta de recursos e a importância da habilidade do fisioterapeuta em lidar com situações perante ao paciente. Além disso, demonstram que em algumas situações a fisioterapia é mais pleiteada para a promoção da saúde e prevenção de doenças, embora ainda apresente grande potencial de resolubilidade e recuperação da saúde funcional das pessoas atendidas.

A relação entre prática/serviço e teoria/academia desafia-se por meio de estágios e de projetos de extensão. O envolvimento de acadêmicos no âmbito das ações da atenção básica ainda é incipiente, determinado frequentemente por contratos de estágios obrigatórios. A abrangência do profissional do serviço nas atividades acadêmicas ocorre por meio de supervisão de estagiários, como forma de auxílio aos docentes. Pode-se postular que a baixa inserção dos acadêmicos em atividades da atenção básica seja devido a carga horária dos estágios, ao número de projetos

desenvolvidos, por resistências dos aprendizes frente às dificuldades encenadas no trabalho ou até mesmo pelo modelo de formação dos cursos de fisioterapia centrado na relação profissional-paciente^{10,15} e não profissional-comunidade.

Embora a atenção individualizada não seja prerrogativa essencial do fisioterapeuta inserido na equipe NASF, a formação acadêmica ainda perfila uma atuação voltada para a relação paciente-terapeuta. Mas os estudos integrantes desta revisão apontam que essa prática não foi comum. Os artigos^{11,13,14,15,17,18} remetem essa atuação apenas às ações de recuperação da saúde, enfatizando a precária tecnologia dura, com baixo acesso e utilização aos recursos físicos, elétricos, térmicos e fototerápicos. Em contrapartida, as técnicas que exigem habilidades dos fisioterapeutas como cinesioterapia, reeducação postural e terapia manual formam o arsenal de ações do atendimento individual.

Na revisão elaborada por Souza e Ferreira¹⁷ notou-se que as ações foram superficiais, porém, dando a ideia de uma atuação que caminha em busca de aperfeiçoamento e que requer esforços para elucidar questões ainda em desenvolvimento. Nosso trabalho defende a hipótese de haver ainda poucos materiais que possam delinear ou deixar claro quais as formas de atuação do fisioterapeuta na APS, corroborando estudo prévio¹⁷. Ademais, há uma escassez de documentos tanto oficiais (dos ministérios) como da própria categoria profissional indicando o espaço de atuação do fisioterapeuta na equipe de saúde da família ou mesmo no SUS.

A discussão sobre a inserção da Fisioterapia na APS perpassa não somente por uma reorganização de uma atuação mais eficaz ou mais resolutiva, como preconizado nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família³⁻⁵, mas, impreterivelmente, por uma ampliação de campo de trabalho. Associam-se a este novo campo como práxis da Fisioterapia, além das ações tradicionalmente desenvolvidas para a recuperação físico-funcional de um indivíduo, as ações de prevenção e promoção da saúde em um espaço em que o sentido do aprimoramento tecnológico se amplia para a apropriação de conhecimentos ligados, em especial, às Ciências Humanas. Logo, a Fisioterapia, que desde a sua origem tem nas atenções secundária e terciária a sua marca como campos de trabalho próprios da profissão, necessita ressignificar alguns valores que fazem parte da sua identidade profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão buscou identificar as principais questões norteadoras das pesquisas voltadas para a atuação fisioterapêutica na atenção primária à saúde. Observou-se que a divulgação de pesquisas da fisioterapia na APS é incipiente quando comparada à produção científica de outras temáticas que envolvam a profissão, o que requer mais estudos deste perfil. Enquanto desafios, evidencia-se que ao inserir a fisioterapia na atenção primária é necessário compreender a nova realidade de inversão do modelo assistencial, rever a formação dos profissionais frente a esta nova realidade, superar o desconhecimento da população sobre a profissão, o profissional romper a lógica

do atendimento individual, da hipervalorização da doença, do sentido restrito que associa a profissão à reabilitação, assim como, romper a forte tendência de desenvolver práticas isoladas, distantes de interlocuções com outros atores da saúde e da própria comunidade. Os estudos indicaram como competências e habilidades a capacidade de realizar diagnóstico situacional, a organização do processo de trabalho, trabalho e discussão em equipe, compreender os determinantes sociais de saúde e o trabalho em equipe multiprofissional, de forma a envolver-se em ações de promoção e proteção da saúde, de prevenção de doenças e de assistência. As experiências elencadas que se mostraram exitosas foram a atenção domiciliar, o atendimento coletivo, as ações integradas em equipe e a interação com trabalhos acadêmicos.

REFERÊNCIAS

1. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista Saúde Coletiva* 2007;17(1):29-41.
2. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Revista Saúde Pública* 1997;31(5):538-542.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

5. Costa Neto N, Menezes M. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2008.
7. Freitas MS. A atuação da Fisioterapia na atenção básica: ressignificando a prática profissional. Palestra III CICC – 2009.
8. Litchfield R, Macdougall C. Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings. Aust J Physiother. 2002;48(2):105-112.
9. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. História, Ciências e Saúde 2009;16(3):655-668.
10. Sampaio RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFGM em uma unidade básica de saúde. Fisioterapia em Movimento 2002; 15(1):19-23.
11. Viana S, Merényi A, Sampaio R F, Furtado SRC. Fisioterapia na atenção primária: uma experiência de integração entre ensino, serviço de saúde e assistência à comunidade. Revista Brasileira de Fisioterapia 2003;1(7):159-165.
12. Maciel RV, Silva PTG, Sampaio RF, Drummond AF. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de fisioterapia. Fisioterapia em Movimento 2005;18(1):11-17.
13. Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Filho VCG. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral – Ceará. RBPS 2005;18(1):3-6.
14. Santos FAS, Lima Neto JS, Ramos JCL, Soares FO. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. Fisioterapia e Pesquisa 2007;14(3):50-54.
15. Muniz CF, Arnaut AC, Yoshida M, Trelha, CS, DellarozaMSG. Projeto de assistência interdisciplinar ao idoso em nível primário: enfoque dos alunos de fisioterapia. Revista APS 2007;10(1):84-89.
16. Rezende M, Moreira MR, Filho AA, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Ciência & Saúde Coletiva 2009;14(1):1403-10.
17. Sousa PK, Ferreira FM. Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde - revisão bibliográfica. Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade 2013;12(1):153.
18. Soares GMM, Bezerra MIC. Estratégias. Possibilidades e Conquistas da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: Estudo de Caso.

Revista Fisioterapia S. Funcionalidade 2014;3(1):45-52.

19. Trelha CS, Silva DW, Lida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). Revista Espaço para a Saúde 2007;8(2):20-25.

20. Ministério da Saúde, Brasil. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: DF, 2010.

21. Pinheiro R, Ceccin RB, Mattos RA. Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Parte 2. IMS/ UERJ: CEPESQ: ABRASCO; 2005.