

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO INTEGRAL DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nathália Barbosa Agostini¹

Carolina Perez Campagnoli ²

RESUMO

O presente estudo busca dissertar acerca da importância da atuação integral do profissional de fisioterapia na atenção primária, como integrante da Estratégia de Saúde da Família, utilizando-se, como método, a revisão literária desenvolvida nos anos de 2008 e 2022 acerca do tema, conforme pesquisa bibliográfica qualitativa e com finalidade exploratória. Observou-se que ainda há uma cultura limitadora da atuação deste profissional junto à atenção básica que, na maioria das vezes, parte da própria gestão dos serviços de saúde, uma vez que a normativa nacional (PNAB) atribui ao critério da gestão da unidade de saúde integrar o fisioterapeuta em sua equipe, de modo a transparecer para os usuários do Sistema Único de Saúde que este profissional atua apenas nos serviços de recuperação/reabilitação da saúde do cidadão.

Palavras-chave: Intervenções fisioterapêuticas, NASF, Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The present study seeks to discuss the importance of the integral role of the physiotherapy professional in primary care, as part of the Family Health Strategy, using, as a method, the literary review developed in the years 2008 and 2022 on the subject, according to qualitative bibliographic research with an exploratory purpose. It was observed that there is still a culture that limits the performance of this professional in primary care, which, in most cases, is part of the management of health services, since the national regulation (PNAB) attributes to the criterion of the management of the unit of health to integrate the physical therapist in its team, in order to make it clear to the users of the Unified Health System that this professional works only in the services of recovery/rehabilitation of the health of the citizen.

Keywords: Physiotherapist Interventions, NASF, Family Health Strategy, Primary Care

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia do Centro universitário Unisales. E-mail: nathaliabarbosaagostini@gmail.com

² Fisioterapeuta, Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Docente do Curso de Fisioterapia do Unisales Centro Universitário Salesiano. E-mail: ccampagnoli@unisales.br

1. INTRODUÇÃO

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a conseguinte regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 90, instituições representativas e formadoras ligadas à fisioterapia começaram a estimular a participação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. (PORTES, et al, 2011).

Mais recentemente, em 2008, surgiram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm por objetivo prestar auxílio às equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e ampliar a oferta do cuidado no nível primário, a reafirmar a integralidade, qualidade e resolubilidade do sistema. (MARQUES et al, 2016)

Os mais notáveis estudos sobre a questão ressaltam a importância da inclusão do profissional fisioterapeuta nos programas de saúde pública em nível de atenção básica, pois as contribuições que este profissional pode promover para a população são inúmeras, como especificado pela literatura atual, que o destaca como um profissional generalista, que é capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde e, portanto, não deve ficar restrito somente às ações curativas e reabilitadoras, mas agir em programas de prevenção, promoção e proteção à saúde.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o profissional fisioterapeuta tem autonomia e qualificação para executar diversas atividades, como avaliar pacientes, estabelecer diagnósticos fisioterapêuticos, planejar e programar ações preventivas, além de promover a educação em saúde, gerenciar os serviços de saúde, entre outras. (MAIA et al., 2015)

No dia 28 de outubro de 2021, o Projeto de Lei Complementar de nº. 072/2012, que tramitou por mais de duas décadas no Congresso Nacional, foi aprovado e, assim, a Lei Federal de nº. 14.231, de 28 de outubro de 2021, passou a incluir os profissionais fisioterapeutas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), atribuindo ao gestor de saúde definir a forma de inserção e participação de tais especialistas de acordo com as necessidades de saúde da população.

No entanto, em que pese a existência da previsão legal acima mencionada quanto à introdução do fisioterapeuta na ESF, inúmeros são os desafios para a sua implementação prática e o êxito do efetivo acesso da população em geral a este profissional especializado.

Portanto, o presente estudo tem por objetivo atestar, com base na literatura, a importância da atuação integral do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista que, por meio do exercício de suas atribuições, este profissional se mostra capaz de ultrapassar as atividades exclusivamente reabilitadoras e a promover ações de proteção, de prevenção de agravos de doenças e de assistência à saúde em geral.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Na década de 1930 se inicia a intervenção do Estado na Saúde, a partir da instalação de uma Política de Saúde, sendo predominante até os anos 1960 com intervenções sanitárias (BRAVO et al., 2011).

De acordo com Nogueira e Miotto (2006, p. 5):

É direito de todo cidadão brasileiro ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica, a qual classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde.

De acordo com Vasconcelos (2007), o período de redemocratização da saúde acaba envolvendo profissionais intelectuais da área da saúde bem como os movimentos sociais que apoiam um projeto de Reforma Sanitária no país, que destaque a igualdade e a universalização dos direitos.

O SUS é constituído por uma rede organizada e hierarquizada de saúde, na medida que esta se trata de um dever do Estado e um direito de todos, aos quais é garantido o acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, participação e a recuperação de saúde (BRASIL, 1988).

Em concordância com a Constituição Brasileira de 1988 que atesta que a Saúde é direito de todos e dever do Estado, em dezembro de 1990, o artigo 198 da Constituição Federal foi regulamentado pelas Leis Federais de n.ºs. 8.080 e 8.142, as quais enunciam que os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS. Diante disso, foram definidos como princípios doutrinários: universalidade, equidade, integralidade; e organizados de acordo com algumas diretrizes, dentre elas: descentralização, hierarquização, regionalização e controle social.

Analisando-se o histórico da prestação de saúde no Brasil, se infere que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e desenvolvido para prestar atendimento a toda a população que necessita de atendimento à saúde. Contudo, anteriormente o atendimento à saúde era prestado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2009).

Dentre as estratégias desenvolvidas para atingir esse objetivo, foi criado, na década de 1990, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) para reorientar o modelo assistencial no Brasil, atuando nos três níveis de atenção à saúde no SUS.

A literatura destaca, nos moldes dos estudos de Leavell e Clark (1976), que foram estabelecidos três níveis de atenção à saúde no SUS: atenção primária, secundária e terciária.

Entre as estratégias desenvolvidas para atingir esse objetivo, foi criado, na década de 1990, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) para reorientar o modelo assistencial no Brasil, atuando nos três níveis de aplicação de medidas preventivas — primário, secundário e terciário —, dando enfoque à atenção familiar como unidade de atividade programática, e não somente ao indivíduo, apresentando um modelo assistencial baseado na prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde tanto de adultos quanto de crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, em concordância com as diretrizes estabelecidas pelo SUS (NEVES; ACIOLI, 2011).

A atenção primária é prestada através das unidades básicas de saúde descentralizadas pelo território nacional. A atenção secundária está voltada para os

serviços especializados, exemplo os Centros Municipais de Especialidades (CME). Já a atenção terciária está direcionada para o serviço hospitalar.

Os custeios dos procedimentos prestados pela atenção secundária e terciária do Sistema Único de Saúde provêm do Estado e dos Municípios. O Ministério da Saúde, através de seus repasses financeiros e incentivos, tenta viabilizar e garantir o acesso à população a saúde mesmo que minimamente, porém seus repasses sofrem mudanças em relação aos hospitais que possuem parceiros com o SUS, para que a assistência prestada aos usuários, bem como sua infraestrutura, seja mais solidária aos usuários (BRASIL, 2003).

2.2 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) NO BRASIL.

A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, afetada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde, propôs os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social. As primeiras experiências de Atenção Primária a Saúde no Brasil (APS), manifestam-se da primeira metade do século XX. Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária (MELO et al., 2018).

Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa de Saúde da Família (PSF), em um contexto e conjuntura política e econômica desfavoráveis a políticas universalistas. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma certa fusão do PACS com o PSF (MELO et al., 2018).

No Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera Atenção Primária como termo equivalente a Atenção Básica e a define como (BRASIL, 2017, p. 02):

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o resultado da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo-se os movimentos sociais, os usuários, os trabalhadores e os representantes de gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2017).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da

continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

As Unidades Básicas de Saúde, localizadas próximas as moradias das pessoas, têm uma função primordial na garantia de seu acesso à saúde. Essas unidades de saúde oferecem diversos programas para população no que tange a prevenção e a promoção a saúde, além de realizarem a distribuição de medicamentos gratuitos e, dentre essas medicações, estão os fitoterápicos (BRASIL, 2017).

2.2.2 Programa de Estratégia de Saúde da Família – ESF

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

Cada equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Desta forma, Magalhães e Vieira (2011) também consideram que a proposta da Estratégia Saúde da Família se aproxima do que delimita a Constituição no tocante ao direito à saúde básica como uma das expressões possíveis da cidadania, pois ao deixar de ser um local meramente hospitalar onde as pessoas se direcionam para reestabelecer sua saúde, a instituição de saúde passa a ser um ambiente de socialização, que proporciona relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado.

Shimizu e Reis (2011) afirmam que projetos como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o próprio Programa de Saúde da Família foram criados dentro desse contexto, com a clara intenção de reorganizar o esforço de atenção à saúde básica, dedicar um foco maior às famílias e passar a levar em consideração as especificidades socioculturais de suas comunidades, de modo a propiciar um atendimento mais humanizado e próximo à realidade de cada contexto.

A partir de 1994 e, principalmente, no período 1998 a 2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma

estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS e, em verdade, um instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica. Portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Lastreado em tais premissas conclusivas de Sousa e Hamann (2009) no sentido de que esses equacionamentos podem ser observados como parte de transformações maiores, como a ocorrida em 2004, dez anos após a sua fundação, momento em que o programa passou a se chamar Estratégia Saúde da Família e ganhou status de política nacional.

De acordo com Lentsck, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010), a partir do surgimento da Estratégia Saúde da Família, busca-se um estreitamento dos laços com as famílias das comunidades onde a equipe está inserida, na intenção de proporcionar um trabalho de prevenção de acordo com a demanda existente.

Pinto e Giovanella (2018) consideram que a criação da Estratégia Saúde da Família ocorreu por influência direta da criação da Política Nacional de Atenção Básica, que, por sua vez, é fruto da Portaria GM 647/06, que, entre outras disposições, altera e revoga diversas portarias anteriores e, posteriormente, foi revisada em 2011 e 2017.

2.2.1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), anteriormente nomeado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi criado mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2010).

Sua efetividade deve estar entre as demais diretrizes relacionadas à Atenção Primária de Saúde (APS), a saber: ação multisetorial e intersetorial; educação profissional permanente em saúde e demografia; desenvolvimento da visão local; integridade, participação pública, educação popular; promoção da saúde e capacitação humana.

Além disso, suas nove áreas estratégicas devem ser consideradas: saúde infanto-juvenil e juvenil; saúde mental; reabilitação / saúde integral do idoso; alimentação e nutrição; serviço Social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física / práticas corporais; processos integrados e complementares (BRASIL, 2009).

O NASF deve ser composto por uma equipe de diversos especialistas de diferentes áreas do conhecimento, que trabalhem em conjunto com os demais profissionais da ESF, para compartilhar e apoiar os processos de saúde nas áreas de responsabilidade desses grupos, que desejem estabelecer usuários físicos e integrais do SUS em sua área, através das qualificações e coerência do trabalho da ESF, para melhorar a educação continuada e as práticas de desempenho clínica a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto (SILVA et al. 2020).

Em concordância com a Portaria de nº 154, existem duas modalidades de NASF: NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 é composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física,

médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. O NASF 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de Saúde da Família.

Quadro 1 - Modalidades de Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

NASF 1	NASF 2	NASF 3
"I - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)";	"III - A modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. IV - Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)";	"V - A modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. VI - Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.".

Fonte: Reproduzido, *ipsis litteris*, de Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012

Segundo Nascimento e Inácio (2015), a composição do NASF é definida pelos gestores municipais e pela ESF, a partir de uma abordagem de tomada de decisão definida por meio de questões-chave identificadas em seu ambiente de trabalho, como uma forma de entrar na experiência do usuário que sustenta a ESF.

No entanto, a implantação desse programa nos municípios brasileiros ocorre em momentos distintos e, nesse íterim, as mudanças ainda estão em andamento. Alterações recentes foram sugeridas pelo Departamento de Saúde na Nota Técnica de nº. 3/2020-DESF/SAPS/MS, publicada em janeiro de 2020, encerrando-se o financiamento estadual e deixando uma definição de como esse programa funciona para os municípios (BRASIL, 2020). Sendo assim, o novo modelo contempla o financiamento da Atenção Primária em quatro dimensões: Captação Ponderada, Desempenho, Programas (Incentivo) e Provimientos.

2.3 A HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA NO BRASIL

No contexto de saúde no Brasil, na década de 50 a poliomielite agravou o estado de saúde de muitas vítimas e havia uma alta prevalência de portadores de sequelas que necessitavam de atendimento. Além disso, o Brasil liderava uma lista entre os primeiros países da América Latina em números de acidentes de trabalho, acarretando em uma grande demanda de indivíduos necessitados de reabilitação. A criação de serviços de Fisioterapia surgiu com a necessidade de atender essa demanda social. Os primeiros deles surgiram antes mesmo que os cursos fossem inaugurados, e eram compostos por leigos treinados por médicos e enfermeiros.

No ano de 1951, na Universidade de São Paulo (USP), foi instituído o primeiro curso Técnico em Fisioterapia. Porém, somente no ano de 1969 foi reconhecido como curso de Nível Superior através do Decreto-Lei de nº. 938, e, para que a profissão fosse devidamente regulamentada, criou-se o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), com a função de legalizar e fiscalizar o serviço do fisioterapeuta juntamente com os Conselhos Regionais (CREFITO), conforme a Lei de nº. 6.316, de 17 de dezembro de 1975 (HOUAISS, 2001; REBELATO E BOTOMÉ, 1999).

O Conselho tem responsabilidades e uma delas é de exercer função normativa, de modo que no ano de 1978, a Resolução do COFITTO de nº. 08/78 estabeleceu normas para habilitação do exercício profissional de fisioterapia, que naquele momento de saúde vigente estabeleceu como atos do profissional: planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas fisioterápicos que visassem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 1978).

No que tange o Decreto-Lei nº. 938/69, a Resolução COFITTO de nº. 08/78, ampliou de forma considerável os campos de atuação do fisioterapeuta, no que diz respeito aos níveis de assistência, ou seja, ela passa a atingir os níveis primário, secundário e terciário do SUS (BRASIL, 1978).

Já no ano de 1984, criou-se, na Cidade do Rio de Janeiro, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), onde iniciou-se o curso técnico em reabilitação (GAVA, 2004).

Ainda nos anos 80, logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde e antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde, a Resolução COFFITO nº. 80, promove a ampliação das atribuições do fisioterapeuta por meio de atos complementares que ficaram expressas na Resolução nº 08/78, adequando a Fisioterapia no então cenário sanitário brasileiro.

Já então no ano de 2002, aprovou-se as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, onde os conteúdos curriculares podem ser aplicados de formas diversificadas desde que respeitem e assegurem o equilíbrio de conhecimento nas diferentes áreas, nos níveis de atuação e recursos terapêuticos assegurando assim, a sua formação generalista. Além disso, os cursos devem apresentar projeto pedagógico que tenha sido construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador desse processo (Resolução No CNE/CES 4, 2002).

Historicamente a fisioterapia tinha as suas ações voltadas tão somente para o tratamento e reabilitação, tendo a doença como enfoque. Com início da nova percepção de saúde enquanto qualidade de vida, deixando de estar restrita a ausência

de doença, o fisioterapeuta inseriu-se no sistema de atenção básica numa nova perspectiva de atuação na promoção de saúde e prevenção de doenças e não só no tratamento e na reabilitação.

Em 28 de outubro de 2021, representando um grande avanço na profissão e na saúde, a lei nº 14.231 incluiu os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na Estratégia de Saúde da família, pela lei, caberá ao gestor do SUS em cada esfera de governo definir a forma de inserção e participação desses profissionais na Estratégia Saúde da Família, de acordo com as necessidades de saúde da população.

Ainda uma ciência em construção, os paradigmas da profissão se encontram abertos e em constante evolução, sempre em busca de mais conhecimento científico, revertendo-o em prol da comunidade. Deste modo, imprescindível se concluir que o fisioterapeuta vem conquistando cada vez mais espaços dentro da atenção básica juntamente com as equipes de Estratégia de Saúde da Família, todavia ainda se ressalta que sua ocupação nesses espaços está em processo de construção (SILVA, TRELHA e ALMEIDA, 2005).

2.3.1 Papel do fisioterapeuta na atenção primária

O profissional Fisioterapeuta é um profissional com formação clínica generalista, que atua nas diversas áreas da saúde, dentre elas, saúde do idoso, da criança, da mulher, do trabalhador, da família, entre outras. É um profissional de primeiro contato que avalia, faz diagnóstico fisioterapêutico, prescreve, executa o tratamento e encaminha o paciente à alta ou a outros profissionais se necessário (BRASIL, 2012).

Tradicionalmente, o profissional Fisioterapeuta é visto como um assistente no nível de atenção terciário tendo um modelo tradicional de atuação centralizado nas áreas curativas e reabilitadoras, voltadas para o modelo assistencial.

Este paradigma foi instituído, devido os aspectos de ordem político-econômicos e organizacionais. Todavia, sabe-se que quando inserido na atenção primária pode ser um profissional de grande valia nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (PEIXOTO *et al.*, 2007).

Em adendo, se pode afirmar que a fisioterapia é uma ciência da saúde que pesquisa, previne e trata distúrbios cinéticos que atuam nos órgãos e sistemas do corpo humano, produzidos por mutações genéticas, traumas e doenças adquiridas (RAGASSON *et al.*, 2006).

Para Campos (2017) não se pode questionar a importância deste profissional na atenção primária, uma vez que:

Junto com a equipe multiprofissional está incluída a necessidade da participação do fisioterapeuta, buscando o melhor suporte de qualidade de vida e promoção da saúde para seus usuários, ou seja, a participação no NASF, que atua em parceria com a ESF com base em princípios de integração, enquadramento, por meio de ações voltadas à promoção da saúde e da qualidade de vida de usuários.

Segundo Nascimento e Inácio (2015), o fisioterapeuta vem ganhando cada vez mais importância nos serviços de Atenção Básica à Saúde. Esta inserção é um processo em construção, que potencializa o seu trabalho, alcançando grupos de pessoas e influenciando positivamente na melhoria da qualidade de vida da sociedade.

O fisioterapeuta, atuando de forma integrada à equipe, é capaz de planejar, implementar, controlar e executar políticas em saúde pública, tendo uma ação integral

em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, dando assistência integral às famílias, desde a criança até o idoso (RAGASSON et al., 2006).

Segundo Antunes et al. (2020), os fisioterapeutas possuem formação clínica padronizada em saúde, o que lhes permite prestar cuidados em diferentes níveis da atenção básica e em diferentes áreas da saúde. O fisioterapeuta possui governo autônomo e capacidade para realizar diversas tarefas como: examinar pacientes, estabelecer diagnósticos fisioterapêuticos, interpretar exames, planejar atividades de prevenção, educação em saúde, gestão de serviços, entre outros, trazendo melhor qualidade de vida aos usuários, família, cuidadores e comunidade.

Segundo Costa et al. (2015), a fisioterapia não tem simplesmente função reabilitadora, ela tem um forte acréscimo à vida ativa do indivíduo pela prevenção, reduzindo as internações hospitalares, desobrigando o usuário de ser encaminhado a níveis de atenção complexos.

Os Fisioterapeutas inseridos na Atenção Primária, instituídos na Unidade Básica de Saúde (UBS) podem realizar diversas atividades individuais ou em grupos, que tem como estratégia atender uma grande demanda e a motivar a adesão e continuidade do tratamento da população. Como exemplo de atividades em grupos, vemos: grupos de gestantes, grupos de postura, grupos de mãe de crianças com infecção respiratória aguda, grupo de mães com filhos com problemas neurológicos, grupo de idosos, atendimento individual, estimulação necessária em crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, reeducação postural global, trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho e de doenças do trabalho (lesões por esforços repetitivos - LER/doença osteomuscular relacionada ao trabalho - DORT), diabéticos e hipertensos, pacientes acamados e usuários de prótese e órtese.

Zoboli, Fracoli e Granja (2010) ressaltam que se pode perceber a grande importância da fisioterapia, explicando que pacientes atendidos em casa por fisioterapeuta apresentam condições clínicas favoráveis, principalmente em relação à dor, parestesia, úlceras de decúbito, bem como outros sintomas comumente encontrados em pacientes crônicos causados por períodos de incapacidade de andar e uma diminuição significativa nas atividades diárias.

Consoante as considerações descritas acerca das atividades desempenhadas pelos Fisioterapeutas, o atendimento domiciliar é também imprescindível, pois é nesse nível de atenção que visualizamos a realidade das pessoas, podendo ser realizado abordagens educativas ao paciente e seus familiares, portanto, a fisioterapia não é uma profissão apenas reabilitadora.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Estabeleceu-se que seria desenvolvido ao longo dos anos de 2008 e 2022 na forma de uma revisão de literatura acerca do tema, baseada em pesquisa bibliográfica qualitativa dos anos anteriores e com finalidade exploratória. Conforme Goldenberg (1997), é muito importante delimitar uma abordagem metodológica na elaboração de uma pesquisa científica, pois seus desdobramentos são geralmente imprevisíveis.

Gerhardt e Silveira (2009) aduz que metodologias se caracterizam como o estudo da organização e dos caminhos a serem utilizados na realização de uma pesquisa ou estudo.

Nos levantamentos bibliográficos realizados, foram usados alguns critérios como parâmetro de estudo, dentre eles: literatura em língua portuguesa e seguindo as

palavras chaves mais relevantes para cada tópico, entre elas: fisioterapia, NASF, ESF, SUS, atenção primária, Ministério da Saúde. A busca foi realizada nas bases de dados Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). E, para que esta metodologia obtivesse relevância científica, optou-se em realizar as buscas de pesquisas em literatura atualizada e plataformas de publicações científicas reconhecidas nacional e internacional, como base a qualificação da Capes, tendo prioridade o Qualis de B2 a A1. Foram excluídos artigos que não obedeceram aos critérios de inclusão.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na etapa da pesquisa relacionada ao tema sobre a Importância da Atuação Integral do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família, a busca feita nas bases de dados retornou 15 artigos que abordavam o tema escolhido, onde os mesmos foram revisados com base em seu título e resumo. Após o processo de exclusão, 7 artigos foram excluídos e foram selecionados 8 artigos que se enquadram nos critérios de inclusão, entre os anos de 2008 a 2022.

Tabela 1 – Importância do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família

AUTOR E ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	CONCLUSÃO
Rezende <i>et al.</i> , 2009	A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta	Contribuir para o debate instituído sobre a composição das equipes de Saúde da Família.	No estudo, foram analisados os documentos legais que aprovam as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta.	Concluiu-se que tal mudança abriu importante espaço de integração ainda pouco trabalhado e propõe-se seu aprofundamento, direcionando a reflexão para as formas de integração e a necessidade que se impõe aos gestores de planejar suas ações de forma articulada com a comunidade.
Da Silva Maia <i>et al.</i> , 2015	A Importância da Inclusão do Profissional Fisioterapeuta na Atenção Básica de Saúde	Discutir a inclusão do profissional fisioterapeuta nos programas de saúde pública em nível de atenção básica.	Caracteriza-se como uma revisão de literatura, na qual se utilizou para construção artigos de bases de dados, como LILACS e SciELO, livros e periódicos afins ao tema abordado, sendo consultados os que foram publicados no período de 2001 a 2013, utilizando para a pesquisa descritores predeterminados	Conclui-se que a atuação fisioterapêutica é de grande valia para a individualidade e a coletividade dos que usufruem desses serviços, contribuindo para melhoria da qualidade de vida e longevidade do usuários.
Neves; Acioli, 2011.	Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre	O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão	Foi realizada pesquisa bibliográfica no portal da Biblioteca	A atuação do fisioterapeuta na ESF para que se possa iniciar a construção de

	o papel do fisioterapeuta na equipe saúde da família	sistemática da visão acadêmica do papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família (ESF)	Virtual em Saúde (BVS/Bireme/OPAS /OMS), de janeiro de 1994 a julho de 2009. A estratégia adotada foi o cruzamento dos seguintes descritores: Programa Saúde da Família, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Fisioterapia (especialidades), Fisioterapia (técnicas), modalidades de fisioterapia.	uma proposta nacional das diretrizes de atuação profissional com o objetivo de uniformizar a atuação básica nacional do fisioterapeuta, respeitando-se as nuances de cada região.
Pereira et al., 2020	Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica – ESF E NASF: Uma Revisão de Literatura	Analisar trabalhos publicados na área a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica (AB), ESF e NASF.	Foi realizada uma revisão de literatura com análise de estudos e enfoque da fisioterapia na AB publicados na área, para isso foram feitas buscas nas seguintes bases bibliográficas: SciELO PubMed e LILACS.	A partir dessa revisão bibliográfica foi possível identificar que a participação do fisioterapeuta na AB como integrante das equipes é crucial trazendo benefícios através de avaliações cinético-funcionais, prescrição de condutas fisioterapêuticas, planejamento e estratégias de prevenção, promoção e educação em saúde transformando hábitos de vida, levando informações importantes a população buscando conscientizar os usuários, família, cuidadores, e a todo corpo social.
Baraúna et al., 2008	A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família	Encaixar o papel do fisioterapeuta no âmbito da saúde pública e sua inclusão no Programa de Saúde da Família (PSF), além de entender suas atividades dentro de um aspecto preventivo e como atuar junto	Revisão de literatura	O PSF surge, assim, como mais uma oportunidade para o fisioterapeuta desenvolver suas habilidades no âmbito social oferecendo ao indivíduo uma melhora na qualidade de vida. Por meio de uma alta motivação do paciente, também garante uma educação continuada e possibilita a recuperação da

		à população, auxiliando toda a equipe de saúde.		harmonia do corpo e do convívio social.
Delai <i>et al.</i> , 2011	Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família	Mapear a inserção do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família (PSF) dos municípios que compõem uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) no Rio Grande do Sul.	Para tanto, após a identificação dos municípios que compõem a referida coordenadoria e profissionais fisioterapeutas atuantes nessas cidades, enviou-se, via e-mail, um questionário pré-elaborado, contendo perguntas abertas e fechadas acerca da temática. O estudo foi realizado no período de agosto a outubro de 2007.	Conclui-se, assim, que há um desconhecimento sobre as competências do profissional fisioterapeuta por parte dos gestores municipais e falta de reconhecimento do fisioterapeuta no que diz respeito à atuação preventiva e da fisioterapia como área da Saúde com participação tão importante quanto às demais, inseridas no PSF. Já no contexto das novas políticas de saúde vigentes, a fisioterapia tem lugar importante no que diz respeito à atuação na coletividade.
Souza; <i>et. al.</i> , 2017.	Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios.	Este artigo teve como objetivo entender os desafios da prática do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	O presente estudo foi desenvolvido sob uma abordagem qualitativa, a qual implica aproximação indispensável entre objeto e sujeito	O fisioterapeuta, quando inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, precisa enfrentar os problemas que aportam ao serviço de saúde. deve-se fazer uma reflexão sobre a formação desse profissional para atender às necessidades da população.
Silva, N. C. A.; Chiapeta, A. V., 2017	Atuação da Fisioterapia na Saúde Pública.	Objetiva-se encaixar o papel do fisioterapeuta no âmbito da saúde pública e sua inclusão no Programa de Saúde da Família (PSF), além de entender suas atividades dentro de um aspecto preventivo e como atuar junto à população, auxiliando toda a equipe de saúde	Revisão da Literatura	Os dados mostraram que o profissional fisioterapeuta contribui de maneira significativa na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde, sendo essencial para o atual modelo de saúde pública.

Nos estudos apresentados na tabela 1, Resende; Moreira; *et. al.* (2009), demonstraram que, a dimensão do Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da incorporação do conceito ampliado de saúde. Por conseguinte, a implantação da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família é necessária, uma vez que a fisioterapia visa à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária. Os autores, também fazem referência ao Decreto-Lei nº 938/69, a Resolução COFFITO nº 08/78 que ampliou consideravelmente o campo de atuação do fisioterapeuta, tanto em relação aos níveis de assistência (prevenção primária, secundária e terciária) quanto ao foco da atenção, passando a entender a saúde do indivíduo como um todo e não mais apenas no que diz respeito à sua capacidade física.

Neves e Acioli (2011) constataam que há estudos insuficientes tratando do tema fisioterapia e saúde da família, pois a varredura em bancos de dados consolidados na área permitiu identificar somente cinquenta e um estudos ao longo de quinze anos. Os autores justificam que a pouca adesão em relação a sua atuação na ESF é consequência de vários fatores, como exemplo, o baixo conhecimento do profissional acerca da saúde pública. Contudo, afirmam que o fisioterapeuta é um profissional de extrema importância na vida da população em geral, uma vez que possui as técnicas adequadas e os conhecimentos aprofundados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Um profissional capaz de estudar e investigar o movimento humano e as funções corporais facilita o desenvolvimento social da motricidade humana, com consequente melhoria da qualidade de vida, e garante resolutividade e efetividade ao SUS, portanto o Fisioterapeuta se configura como um profissional fundamental para a ESF.

Os autores Da Silva e Maia (2015) relataram que antes o tema saúde básica era escasso e pouco explorado por fisioterapeutas, e que atualmente houve uma melhoria e a pesquisa na área se tornou mais presente e mais estudado. Os autores concluem que a atuação do profissional fisioterapeuta é importante para a saúde da população, deste modo, a inclusão desses profissionais já deveria ter ocorrido. Sabendo que as pessoas que utilizam o sistema básico de saúde buscam bem-estar físico e funcional, contribuindo para a sua longevidade dos usuários da AB o fisioterapeuta possui um campo de ação privilegiado.

Pereira *et al.* (2020) concluíram após a revisão literária que o fisioterapeuta tem um papel significativo na atenção básica, pois possui uma formação generalista o que possibilita realizar atendimentos em qualquer nível de saúde tanto reabilitando, quanto promovendo saúde, prevenindo doenças, realizando diagnóstico fisioterapêutico. A inclusão do fisioterapeuta na ESF e NASF reduz a quantidade de internações hospitalares, protegendo os indivíduos para que não sejam encaminhados para os níveis de alta complexidade, além favorecer na diminuição de gastos públicos.

Baraúna *et al.* (2008) afirmaram que ao atuar na Saúde da Família, o fisioterapeuta pode oferecer ações de baixo custo, criar vínculos com a comunidade, e assim, valorizar a profissão, garantido reconhecimento. Constataram ainda que, associado ao PSF, as práticas fisioterapêuticas se traduzem em um novo modelo de atenção que privilegia a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da população coletiva oferecendo ao paciente uma melhora na qualidade de vida, possibilitando a recuperação da harmonia do corpo e do convívio social, pois considera que o fisioterapeuta é capaz de trabalhar com a tecnologia humana, aliada a criatividade de desenvolver ações eficientes e efetivas para a população.

No estudo feito por Delai *et al.* (2011), infere-se que no contexto municipal de prestação de serviços, observou-se que a fisioterapia ganha um rótulo diferenciado da atuação em clínicas, hospitais e empresas, que é o atuar na reabilitação. Na visão dos entrevistados, há um desconhecimento sobre as competências profissionais, por parte dos gestores municipais, no que diz respeito à atuação preventiva. Dos entrevistados no estudo, nenhum profissional estava inserido na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os mesmos relataram atuar como equipe de apoio, ou seja, ministrando palestras, com atividades de educação em saúde e participação em grupos de gestantes e diabéticos. Conclui-se que, inserção do fisioterapeuta na ESF necessita de profissionais capacitados que dominem condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, que tenham compreensão de que a promoção de saúde é resultante de um trabalho articulado entre órgãos federais, estaduais e municipais, institucionais e a comunidade, e para isso o profissional deve ser conhecedor da realidade do sistema de saúde vigente.

Ainda de acordo com Souza; *et al.* (2017), os profissionais fisioterapeutas são capacitados para traçar programas de reabilitação funcional, associado às orientações corretas e essenciais, quanto ao controle do processo doloroso, envolvendo o uso dos recursos terapêuticos adequados, postura, AVDs, prevenção de deformidades, manutenção dos exercícios e cuidados no domicílio. Com essas ações, o fisioterapeuta poderá contribuir na Estratégia Saúde da Família para uma melhor qualidade de vida para toda população assistida pelos serviços básicos de saúde.

Com o estudo dos autores Silva, N. C. A.; Chiapeta, A. V. (2017), pode-se concluir que com o avanço do SUS o fisioterapeuta tem sido inserido gradativamente na saúde pública, sendo mudado a essência de um profissional reabilitador e focando também na prevenção de doenças e na promoção de saúde. Todavia, não é uma realidade vista em todos os municípios brasileiros, pois, apesar da ascensão da fisioterapia na atenção básica, ainda são encontrados pontos críticos que dificultam a sua atuação, como a integração do NASF com equipes das ESF e carga horária do fisioterapeuta diferente dos demais profissionais do NASF e da ESF. Os autores concluem que com as referências analisadas o profissional fisioterapeuta é de extrema importância, sobretudo sob a ótica de uma prática voltada à promoção e prevenção da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por intermédio desta revisão pode-se observar que a fisioterapia ostenta efeitos positivos e de grande relevância na saúde e na qualidade de vida das pessoas, principalmente para aquelas pessoas que dependem ou precisam dos serviços públicos de saúde, visto que, o tratamento fisioterapêutico particular é considerado de alto custo para a população de baixo poder aquisitivo.

A fisioterapia, no cenário atual, tem um papel importante a desempenhar, sobretudo no que se relaciona à contribuição para práticas de saúde pública, garantindo resolutividade e efetividade ao SUS, prevenção, eliminação e melhoria de condições patológicas uma vez que é disposto como uma ciência da saúde que se ocupa de tratar as mais diversificadas disfunções cinéticas funcionais de órgãos e sistemas do corpo humano ocorrentes, por meio da promoção e educação para a saúde.

Desta forma, devidamente caracterizado que a proposta estampada pela PNAB, NASF e ESF é de suma importância para beneficiar todo SUS, uma vez que a atuação regular do profissional fisioterapeuta na atenção primária irá reduzir a sobrecarga nos níveis secundário e terciário de assistência, como também viabilizar o acesso de todos

os cidadãos aos procedimentos de promoção, prevenção e proteção à saúde, o fisioterapeuta se configura como um profissional fundamental para a produção do cuidado na atenção primária, de maneira individual e coletiva.

Com a inserção do fisioterapeuta, especialmente na ESF, pode-se melhorar a eficiência na prestação de atendimento à população e serem resolvidos os problemas de sobrecarga de atendimentos desse sistema, por meio de uma equipe qualificada e capaz de promover a saúde em todos os níveis abrangentes.

Sendo assim, constata-se ser necessária a construção de uma proposta nacional das diretrizes de atuação profissional com o objetivo de uniformizar a atuação básica nacional do profissional fisioterapeuta e a implantação da fisioterapia na ESF, como uma forma mais efetiva para a reversão do quadro de baixa inserção e atuação do fisioterapeuta na atenção primária, privilegiando a promoção e prevenção da saúde da população.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M.D. et al. ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA – ESF E NASF: UMA REVISÃO DE LITERATURA. 2020. Disponível em <file:///C:/Users/mmott/Downloads/317-1860-1-PB.pdf>. Acesso em 07.12.2021.

BARAÚNA, Mário Antônio et al. A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. Fisioter. Bras, p. 64-69, 2008.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.1 Rio de Janeiro June 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família -NASF. Diário Oficial da União. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica. Diretrizes do NASF. Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília;2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.

BRASIL . NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, de 28 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Programa Previne Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>.

BRASIL. Decreto-Lei 938. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1969; 14 out.

BRASIL. Resolução COFFITO nº 08. Aprova as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União 1978; 13 nov.

BRASIL. Resolução COFFITO nº 80. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências.

BRASIL. Diário Oficial da União 1987; 21 mai. COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), 1987. Resolução nº 80, de 09 de maio. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, nº 093, Seção I, Pág. 7609.

CARVALHO, Daniela Ferraz Frauches; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Fisioterapia e Saúde da Família: inserção, processo de trabalho e conflitos. VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde, v. 29, n. 2, p. 135-145, 2017.

CAMPOS RN. O surgimento do nasf e a atuação do serviço social. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, Assistente Social pela Escola de Estudos Superiores de Viçosa (ESUV). 2017;1(1):1-12

DA SILVA MAIA, Francisco Eudison et al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 110-115, 2015.

DELAI, Kéllin Daneluz; WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 1515-1523, 2011.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

GAVA MV. Retrospectiva da formação do fisioterapeuta no Brasil. In: Gava MV, organizador. Fisioterapia: História, reflexões e perspectivas. 1ª ed. São Bernardo: Metodista; 2004. p. 27-30.

LENTSCK, M.H., KLUTHCOVSKY, A.C.G.C., KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão, Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. Ciência & Saúde Coletiva [Online] 2010, 15 (Novembro): [Data de Consulta: 20 de Novembro de 2019] Disponível em: ISSN 1413-8123

MAGALHÃES, Roberta Viegas, VIEIRA, Lúcio José, Os desafios da prática do enfermeiro inserido no Programa Saúde da Família. Saúde em Debate [Online] 2011, 35 (Outubro-Dezembro):] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341765008>> ISSN 0103-1104

MAIA, F. E. da S.; MOURA, E. L. R.; MADEIROS, E. de C.; CARVALHO, R. R. P.; SILVA, S. A. L. da; SANTOS, G. R. dos. MARQUES Abreu da Fonseca, Juliany,

Thais Pacheco Rodrigues, Malvina, Medeiros Mascarenhas, Márcio Dênis, de Oliveira Lima, Luisa Helena A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [en linea]. 2016, 29(2), 288-294[fecha de Consulta 7 de Noviembre de 2021]. ISSN: 1806-1222. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40848190018>

NASCIMENTO, A. A. P; INACIO, W.S. Atuação fisioterapêutica no núcleo de apoio à saúde da família: uma revisão sistemática. 2015. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V33_n3_2015_p280a286.pdf. Acesso em: 07.12.2021.

RAGASSON, Carla Adriane Pires et al. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. Revista Olho Mágico, v. 13, n. 2, p. 1-8, 2006.

RESOLUÇÃO Nº CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

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, 14(Supl.1): 1403-1410,2009.

REZENDE, Mônica de et al. A equipe multiprofissional da Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1403-1410, 2009.

PEREIRA, Fernanda Rodrigues et al. ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA–ESF E NASF: UMA REVISÃO DE LITERATURA. Revista Perspectiva: Ciência e Saúde, v. 5, n. 2, 2020.

PINTO, Luiz Felipe, GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 pp. 1903-1914. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PORTES, Leonardo Henrique; CALDAS, Maria Alice Junqueira; DE PAULA, Leandro Talma; FREITAS, Marcos Souza. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à saúde: uma revisão da literatura Brasileira. Revista de APS, Juiz de Fora, ano 2011, v. 14, n. 1, 1 nov. 2011. Artigos científicos, p. 111-119

SANTOS, A. R. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 4ª. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

SANTOS, A. C. O. dos. (2021). A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA ATRAVÉS DO NASF NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DO IDOSO. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(4), 150. <https://doi.org/10.51161/remis/2915>

SILVA, D.J.R.et al. DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NASF-AB: UMA REVISÃO DA LITERATURA.2020.Disonível em:

<https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/10144/7687>. Acesso em: 07.12.2021.

SHIMIZU, Helena Eri, REIS, Leonardo da Silva, As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [Online] 2011, 16 (Janeiro-Agosto):] Disponível em:<<http://redalyc.org/articulo.oa?id=63019108014>> ISSN 1413-8123

SOUSA, Maria Fátima de, HAMANN, Edgar Merchán, Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva* [Online] 2009, 14 (Setembro-Outubro): Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012430002>> ISSN 1413-8123

TEIXEIRA, C.F., SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador – BA: Ed. EDUFBA, 2006.

ZOBOLI, LCPE, FRACOLLI AL, GRANJA FG. Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde. *Revista BIOETHIKOS*, 2010;4(2):180-188, as 12:39

MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, [s. l.], v. 42, ed. Número Especial, p. 38-51, Setembro 2018.

PEIXOTO, F.F.; MATTOS, M.F.O.; BARBOSA, E.G.; Atuação da Fisioterapia na atenção básica: revisão bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Fisioterapia da Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União - DOU*, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017.