

Atuação do fisioterapeuta nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica no estado de Sergipe

The physiotherapist in the Expanded Family Health and Primary Care Centers of Sergipe

Neidimila Aparecida Silveira¹, Ricardo Goes de Aguiar², Ana Carla Paula de Gois³, Joyce Silva Santana⁴, Mayara Sampaio da Cruz⁵, Tales Iuri Paz e Albuquerque⁶

RESUMO

O objetivo é analisar as características socioeconômicas, de qualificação e a atuação dos fisioterapeutas nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica em Sergipe. Trata-se de um estudo transversal com caráter quali-quantitativo, com abordagens descritiva e analítica. A amostra foi de 13 fisioterapeutas com predomínio de mulheres, brancas, nascidas em capitais de estados e com 12 ou mais anos de formadas. Com relação às ferramentas tecnológicas do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, o apoio matricial foi a única utilizada por todos os participantes. As visitas domiciliares (61,5%) foram as atividades mais realizadas, sendo que dessas, 84,6% ocorreram em equipe e para a população idosa. As ações semanais tinham ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças (69,2%). Quanto ao processo de trabalho, 76,92% relataram que não havia avaliação conjunta entre o Núcleo e gestores, mesma frequência dos que relataram não haver interação entre o Núcleo e o Conselho Municipal de Saúde. Todos afirmaram que ocorria articulação entre o Núcleo e a Equipe de Saúde Família, sendo reconhecido por 53,85% que essa articulação era estabelecida de forma satisfatória. Também foi observada deficiência nos conhecimentos a respeito do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e a carência na oferta de capacitações.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim is to analyze the socioeconomic characteristics, qualification and the performance of physical therapists in the Family Health and Primary Care Extended Centers in Sergipe. This is a cross-sectional study with a qualitative and quantitative character, with descriptive and analytical approaches. The sample consisted of 13 physiotherapists in which predominantly white women, born in capital and aged 12 or more years since graduation. Regarding the Family Health and Primary Care Extended Centers technological tools, matrix support was the only one used by all participants. Home visits (61.5%) were the most performed activities, of which 84.6% occurred in teams for the elderly population. The weekly actions had an emphasis on health promotion and disease prevention (69.2%). In the work process, 76.9% reported that there was no joint assessment between Family Health and Primary Care Extended Center and manager. The same frequency between Family Health Team and Primary Care Extended Center and municipal health council. Between the Family Health and Primary Care Extended Center and the Family Health Team, all physical therapists reported occurring. There was also a lack of knowledge about the Family Health and Primary Care Extended Center and a lack of training provision.

Keywords: Physical Therapy Specialty. Primary Health Care. Family Health Strategy.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: outubro de 2020 – Aceito: abril de 2022

¹ Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5495-3478>. E-mail: neidimila@gmail.com.

² Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8309-5919>.

³ Universidade Federal de Sergipe (UFS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6283-1411>.

⁴ Universidade Federal de Sergipe (UFS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1443-1130>.

⁵ Universidade Federal de Sergipe (UFS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8483-6427>.

⁶ Universidade Federal de Sergipe (UFS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6479-4215>.

INTRODUÇÃO

Com o intuito de aprimorar o funcionamento dos serviços e atender as necessidades em saúde da população brasileira, foram implementados programas e políticas nos diferentes níveis de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada com a função de direcionar a oferta de ações e serviços no SUS a partir dos princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS)^{1,2,3}.

Como uma retaguarda de apoio à atuação da ESF, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴, que deveriam contribuir com a resolutividade, territorialização e regionalização da APS^{5,6,7}. Esses foram os principais espaços para inserção dos diversos profissionais da saúde. Com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017, passaram a ser denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e deveriam fortalecer a integração e o apoio às equipes de Atenção Básica (eAB) e Saúde da Família (eSF)³.

O NASF-AB tem o objetivo de garantir a integralidade do cuidado, principalmente por meio de ações compartilhadas com a eSF. Entre as ações, destacam-se as discussões de casos clínicos, construção de planos de cuidados e a oferta de atividades em grupo, a depender das necessidades individuais dos usuários e famílias^{5,6}. Os profissionais devem atuar nesses Núcleos alinhados aos princípios e às diretrizes preconizadas para a APS, afastando-se do modelo curativista e buscando garantir uma atenção integral por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais. A atuação deve focar, ainda, a promoção da saúde, humanização, participação social e educação permanente em saúde dos profissionais e da população⁵.

A atuação do fisioterapeuta no NASF-AB deve ser pautada na promoção da saúde individual e coletiva, prevenção de agravos e educação em saúde, de forma que a atenção aos usuários com necessidades de recuperação funcional – como decorrente de condições relacionadas ao trabalho – sejam ofertadas com uma perspectiva ampliada do cuidado, sem que se estabeleça uma competição com as ações ofertadas pelos outros níveis de atenção à saúde, em especial o secundário^{8,9}. As ferramentas tecnológicas do NASF-AB (Projeto Terapêutico Singular, Clínica Ampliada, Projeto de Saúde no Território, Apoio Matricial e Pactuação de Apoio) devem direcionar as ações dos profissionais no processo do cuidado, porém poucos estudos abordaram a utilização dessas ferramentas pelos fisioterapeutas¹⁰.

Dessa forma, o estudo teve o objetivo de descrever as características sociodemográficas, assim como analisar a qualificação e a atuação dos fisioterapeutas no NASF-AB, em municípios do estado de Sergipe.

MÉTODOS

Este estudo descritivo do tipo transversal apresentou uma abordagem quanti-qualitativa. Foi realizado nos dez municípios mais populosos de Sergipe, de acordo com a estimativa do IBGE para 2018¹¹, com a população variando aproximadamente de 34 mil a 650 mil habitantes. Os sujeitos da pesquisa foram compostos por fisioterapeutas que atuavam em equipes do NASF-AB há pelo menos três meses, período esse definido como o mínimo para que se pudesse avaliar a vivência e a adaptação ao trabalho¹².

Após autorização e disponibilização dos dados dos fisioterapeutas pelas Secretarias Municipais de Saúde, o convite para participação no estudo foi enviado, por *e-mail*, diretamente aos profissionais. Na coleta de dados, foi utilizado um questionário *on-line*, estruturado e autoaplicável, com questões fechadas e abertas, organizado no *Google Docs* e encaminhado por *e-mail*. A caracterização socioeconômica dos entrevistados foi composta pelos seguintes itens: identificação, sexo, data de nascimento, naturalidade, anos de formação, cor/raça, estado civil e tempo de trabalho. Em relação à análise da atuação do fisioterapeuta no NASF, foi realizada uma adaptação do instrumento de Fernandes e colaboradores¹⁰, no qual foram selecionadas 16 questões com enfoque quantitativo e qualitativo, relacionadas ao uso das ferramentas tecnológicas, ações fisioterapêuticas mais frequentes e seu processo de trabalho na APS e na gestão local¹².

Para os dados quantitativos, foi realizada uma análise descritiva com o cálculo das frequências relativas por meio do *software Microsoft Excel™*, versão 2017. Os dados qualitativos foram examinados por meio da análise de conteúdo, seguindo as etapas de transcrição, organização por rubricas temáticas, análise e sistematização em categorias. Foi utilizada a letra "F" para preservar a identidade dos participantes^{11,12}.

O presente estudo considerou os aspectos éticos contidos na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS), parecer n.º 2.897.623. Todos os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 13 profissionais, o que corresponde a 56,5% da população-alvo de fisioterapeutas que atuavam no NASF-AB e atendiam aos critérios de inclusão, distribuídos em seis dos dez municípios selecionados. Os outros profissionais não responderam depois de três tentativas de contato, o que foi considerado como recusa em participar do estudo. A maioria era formada por mulheres, nascidas em capitais litorâneas do Nordeste, brancas, com média de

idade de 32,1 anos (desvio-padrão [dp] de 7,85), com 12 ou mais anos de formadas, um a dois anos de atuação no NASF-AB e remuneração média mensal de R\$ 3.275,00 (dp: 1.702,87). No que se refere à formação profissional, apenas 15,3% fizeram pós-graduação com ênfase na Atenção Primária à Saúde ou na Saúde da Família, enquanto 53,84% fizeram especialização em uma das áreas da Fisioterapia ou da Saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de qualificação profissional dos fisioterapeutas participantes do estudo, Sergipe, 2019 (n=13)

Característica	% (n)
Sexo	
Masculino	30,77 (4)
Feminino	69,23 (9)
Naturalidade	
Capital	61,54 (8)
Interior	38,46 (5)
Cor/etnia	
Branca	61,54 (8)
Parda	30,77 (4)
Preta	7,69 (1)
Situação conjugal	
Sem companheiro(a)	53,85 (7)
Com companheiro(a)	46,15 (6)
Tempo de formado (em anos)	
≤ 2	38,46 (5)
Entre 2 e 12	7,69 (1)
≥ 12	53,85 (7)
Maior titulação acadêmica	
Graduação	30,77 (4)
Especialização	23,08 (3)
Mestrado	30,77 (4)
Doutorado	15,38 (2)

(Conclusão)

Característica	% (n)
Área de titulação acadêmica	
Sem Especialização	30,77 (4)
Atenção Primária à Saúde ou Saúde da Família	15,38 (2)
Especialidades da Fisioterapia	15,38 (2)
Outras áreas	38,46 (5)
Tempo de atuação no NASF (em ano(s))	
< 1	23,08 (3)
Entre 1 e 3	61,54 (8)
≥ 3	15,38 (2)
Carga horaria de trabalho semanal (em horas)	
Sem jornada fixa	7,69 (1)
20 a 30	76,92 (10)
≥ 30	15,38 (2)
Regime trabalho	
Contratado	69,23 (9)
Concursado	30,77 (4)

Fonte: Adaptada de Gois et al.¹²

Todos os participantes atuavam no NASF-AB do tipo 1, sendo que 61,5% responderam que não se sentiram suficientemente capacitados para realizar as atividades ao começarem a atuar nos Núcleos. Esse foi o mesmo percentual dos que relataram não terem recebido capacitação logo após a contratação. Em contrapartida, 76,9% foram capacitados ao longo da sua atuação. Sobre o conhecimento em relação às atribuições assumidas no NASF-AB, 46,2% dos participantes classificaram seu conhecimento como suficiente e 38,5%, como razoavelmente suficiente. Em uma escala de 0 a 10, a média de satisfação com o trabalho desempenhado no momento da coleta foi de 7,19 (dp: 1,57). Verificou-se que a ferramenta tecnológica mais utilizada era o apoio matricial, utilizada por todos os entrevistados. Em contrapartida, a ferramenta menos utilizada foi a pactuação de apoio, com 53,9% dos fisioterapeutas informando que não a utilizavam (Tabela 2).

Tabela 2 – Conhecimentos, capacitação e utilização de ferramentas tecnológicas do NASF-AB entre os fisioterapeutas do NASF-AB em municípios de Sergipe, 2019 (n=13)

Variável	% (n)
Conhecimento amplo e suficiente para a realização das atividades ao iniciar a atuação no NASF	
Sim	38,46 (5)
Não	61,54 (8)
Capacitação imediatamente após a contratação no NASF	
Sim	38,46 (5)
Não	61,54 (8)
Capacitação ao longo da atuação no NASF	
Sim	76,92 (10)
Não	23,08 (3)
Conhecimento atual frente as atribuições e o funcionamento do NASF e da Estratégia de Saúde da Família	
Razoavelmente suficiente	38,46 (5)
Suficiente	46,15 (6)
Completamente suficiente	15,38 (2)
Realização da Clínica Ampliada	
Sim	53,85 (7)
Não	46,15 (6)
Realização do Apoio Matricial	
Sim	100,00 (13)
Não	0,00 (0)
Elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares	
Sim	84,62 (11)
Não	15,38 (2)

(Conclusão)

Variável	% (n)
Realização de Projetos Saúde no Território	
Sim	76,92 (10)
Não	23,08 (3)
Realização da Pactuação do Apoio	
Sim	46,15 (6)
Não	53,85 (7)

Fonte: Adaptada de Gois et al¹²

Na análise de conteúdo, ao se solicitar que os entrevistados especificassem as ferramentas tecnológicas utilizadas, constatou-se que o Apoio Matricial direcionava as ações das equipes e que, por outro lado, havia pouca utilização da Clínica Ampliada. Notou-se ainda a articulação com as eSF e os indivíduos na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares. Contudo, destacou-se a dificuldade na compreensão sobre a aplicação e o desenvolvimento do Projeto Saúde no Território e a pouca importância atribuída à Pactuação do Apoio, o que dificulta a integração entre as ações e os serviços. As categorias evidenciadas serão apresentadas a seguir:

Categoria: Baixa utilização da Clínica Ampliada

A maior parte dos fisioterapeutas (76,92%) não relataram utilizar a Clínica Ampliada. Os restantes apontaram as seguintes possibilidades de utilização da ferramenta:

“Durante as reuniões de equipe, discussão de casos encaminhados pela equipe, durante as visitas domiciliares, durante as atividades de grupo e de educação em saúde”. (F9)

“Atendimentos compartilhados nas UBS conforme demanda /referencialmente”. (F13)

Categoria: O Apoio Matricial como direcionador das ações da equipe

Observou-se a importância do matriciamento no direcionamento das ações e na articulação entre o NASF-AB e a eSF. O Apoio Matricial compreende as reuniões mensais citadas por todos os fisioterapeutas e as discussões de casos, além de pactuações que ocorrem por meio do planejamento de ações compartilhadas. Os relatos apontaram para uma distribuição equilibrada das atividades na agenda das equipes. Entretanto, em muitos casos, as atividades

eram realizadas por via remota, mesmo antes da pandemia por Covid-19, contrariando a premissa de que o vínculo deve ser criado entre as equipes pelo contato direto.

“Participações, reuniões, discussões, pactuações multiprofissionais. Atuações na unidade básica de saúde e em seu território”. (F4)

“Mensal com eSF vinculadas e com outros setores conforme a demanda”. (F13)

“Por meio de reuniões, organização de agenda, discussão dos assuntos que apresentam maior relevância pra serem trabalhados, planejamento e execução das ações”. (F7)

“De forma presencial em algumas equipes onde estamos com a base e por meio eletrônico com reuniões mensais para as demais equipes”. (F3)

Categoria: Articulação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a eSF

No que diz respeito ao PTS, 84,62% dos fisioterapeutas entrevistados ressaltaram que a realização de ações que demandavam acompanhamento coletivo era precedida por discussões e pactuações com a eSF. Em algumas situações, os usuários participaram desse processo de discussão.

“Por meio de discussões coletiva com uma equipe interdisciplinar para gerar propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo. Inicialmente elabora-se o diagnóstico, define-se metas, divide as responsabilidades e reavalia o caso”. (F7)

“Ocorre através de reunião com equipe de saúde da família, NASF, usuário e cuidador”. (F8)

Categoria: Dificuldade de entendimento sobre a condução do Projeto Saúde no Território (PST)

Percebeu-se que a compreensão e a condução do PST eram empecilhos para utilização da ferramenta. No entanto, nas falas de metade dos entrevistados, foi possível distinguir determinadas estratégias que fazem parte dos objetivos do PST. Entre esses, a articulação com a ESF e com outros setores da saúde e a execução de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em áreas vulneráveis.

“Junto as eSF e demais setores” (F3)

“Participações, reuniões, discussões, pactuações multiprofissionais. Atuações na unidade básica de saúde e em seu território”. (F4)

“Juntamente com as eSF desenvolvem ações efetivas para a promoção e prevenção da saúde em um território, de acordo com as necessidades e vulnerabilidades de cada área”. (F7)

Categoria: Baixa priorização da Pactuação de Apoio

Dentre os entrevistados, 53,8% relataram não utilizar a pactuação na rotina. Já os 46,2%

que realizavam pactuação de apoio relataram que ela era estabelecida por meio de reuniões com a equipe e com outros setores, de acordo com as falas a seguir:

“Junto as demais secretarias do município”. (F3)

“Durante as reuniões periódicas, com as eSF e/ou outros setores é realizado PTS e PST, onde as equipes discutem as ações e responsabilidades”. (F13)

Na análise das atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas no NASF-AB, os resultados demonstraram que eram realizadas, geralmente, por meio de visitas domiciliares (61,5%), com 84,6% sendo realizadas em equipe e para o público de indivíduos idosos. Observou-se ainda que os profissionais que mais atuaram em conjunto com os fisioterapeutas foram os nutricionistas (53,9%), fonoaudiólogos (46,2%) e psicólogos (38,5%). A promoção da saúde e a prevenção de doenças eram atividades que os 69,2% dos entrevistados realizavam pelo menos uma vez por semana. na sequência relataram realizar reabilitação individual ou em grupo (61,5%), atendimento individual (61,5%), atividades em grupo (46,2%) e educação em saúde (38,5%). Também foi demonstrado maior quantitativo das ações por meio de grupos específicos, assim como a utilização da visita domiciliar como estratégia de tratamento, conforme detalhamento.

Categoria: Ênfase na sistematização das ações através de grupos específicos

De acordo com os participantes da pesquisa, a maioria das atividades realizadas eram direcionadas para grupos específicos, como idosos, gestantes, hipertensos e crianças. Ainda, observou-se a utilização da educação em saúde como foco das ações, com temáticas mensalmente programadas, realizadas nas salas de espera, com temas como orientações posturais e práticas corporais.

Foi notório que as palestras e rodas de conversas planejadas foram sistematizadas a partir da territorialização, levando-se em consideração os interesses da equipe e a necessidade da população. Alguns exemplos das atividades desenvolvidas: prática de atividade física, ginástica laboral, discussões em grupos, atendimentos de crianças com microcefalia, apoio a pais e cuidadores de crianças com autismo. Em um dos relatos, destacou-se a realização de intervenções em supermercados, no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e no Centro-Dia de Referência para Pessoa com Deficiência (CENTRODIA).

“Grupos para públicos específicos (Exemplos: gestantes, tabagistas, crianças com microcefalia, crianças com alterações vocais, mulheres acima do peso, pessoas hipertensas e diabéticas e laborais com funcionários da saúde e público de interesse) e salas de espera com diferentes temas”. (F7)

“Hipertensão, AVC, prevenção de doenças cardiovasculares sempre pegamos o calendário de

saúde e fazemos de acordo com os temas mensais”. (F10)

“Todos os meses havia palestras na UBS com participação ou não dos usuários sobre uma temática daquele mês (...) Além disso, também eram abordados temas sobre demandas necessárias no território(...)”. (F4)

“(...) atividade com idosos em grupos e instituições específicas, atividade no CENTRODIA (saúde mental-violação de direitos), atividades de prevenção em supermercados. Atuação com crianças do CRAS e bolsa família”. (F9)

A maioria dos fisioterapeutas (69,2%) não relataram desenvolver outras atividades além das quais foram questionados. Entre aqueles que relataram realizar outras práticas, destacaram-se: solicitação e avaliação de equipamentos de locomoção, realização de testes rápidos, gestão de equipes, educação permanente e atividades de gerenciamento do sistema de informação.

“Solicitação e avaliação de equipamentos de locomoção (órteses, próteses e cadeiras de rodas) em apoio ao CASE no município”. (F3)

“Realização de testes rápidos, atendimentos individuais, rodas de conversa em um determinado local (ex. Supermercados, construção civil)”. (F5)

“Gestão de equipes, atividades de gerenciamento do e-SUS” (F13)

Categoria: Visita domiciliar como estratégia de tratamento

Em relação ao tratamento individual ou em grupo, destacaram-se as práticas de reabilitação, com a realização de orientações, visitas domiciliares a pacientes com Acidente Vascular Encefálico, idosos, acamados e a prática de grupos terapêuticos. Contudo, na maioria dos discursos, não houve apontamentos das condutas realizadas. Somente um dos participantes fez referência à utilização da reabilitação individual como serviço voltado à atenção primária.

“Nas visitas domiciliares e em grupos com a práticas de atividades corporais”. (F7)

“Os atendimentos individualizados são realizados através de orientações”. (F2)

“Avaliação, tratamento e acompanhamento de casos em residência”. (F3)

“AVC, atendimentos domiciliar e individual e ortopedia”. (F10)

“(...) práticas de cuidado, autocuidado e produção de autonomia. Recursos como exercícios terapêuticos (cinesioterapia, exercícios ativos livres e resistidos) e massoterapia, práticas de relaxamento e técnicas de respiração. Com encaminhamento para Acupuntura e práticas integrativas quando necessário e disponível na rede”. (F9)

Foi unânime, entre os participantes, o relato sobre a articulação entre o NASF-AB e a ESF, sendo apontado por 53,9% que essa articulação se estabelecia de forma satisfatória.

Ao observar os discursos dos entrevistados sobre o processo de trabalho, pôde-se definir como categorias centrais as fragilidades na avaliação intersetorial do território pelo NASF-AB; a falta de apoio da gestão como principal dificuldade enfrentada, bem como o desconhecimento das diretrizes dos NASF-AB pelos profissionais, conforme detalhadas a seguir.

Categoria: Fragilidades na avaliação intersetorial do território pelo NASF-AB

Quanto à avaliação conjunta entre o NASF-AB e a gestão das demandas do território, 76,9% dos participantes da pesquisa afirmaram que essa articulação não ocorre. Entre os fisioterapeutas que reconheceram essa articulação, um citou a realização de relatório, já outro relatou que a avaliação foi realizada com a coordenação.

“A cada quatro meses é feito relatório quadrimestral e apresentado em reuniões onde há discussões”. (F13)

“Com a coordenadora”. (F10)

Somente 30,8% dos entrevistados apontaram haver avaliação conjunta com o conselho de saúde, mesmo assim, sendo frágil devido à pouca força argumentativa nos discursos. Parte dos fisioterapeutas afirmou que os encontros ocorriam mensalmente, durante as reuniões do conselho, e contavam com a presença do representante do NASF-AB.

“Da melhor forma possível com integrantes do NASF presentes no conselho de saúde, repassando todas as informações atualizadas e recebendo novas queixas”. (F3)

“A cada final de mês é realizado reuniões com conselhos municipais de saúde e um profissional do NASF participa do conselho”. (F13)

Categoria: Falta de apoio da gestão como principal dificuldade enfrentada pelo NASF-AB

A maior parte das queixas foi direcionada para a falta de apoio da gestão. Outra queixa, ainda que com menor frequência, foi a falta de recursos e as dificuldades interpessoais. Isso foi exemplificado pelos relatos sobre o ambiente de trabalho, o déficit de materiais e a má remuneração.

“Transporte, apoio de algumas equipes de saúde e Gestão” (F3)

“Pressão da gestão (...), falta de ética profissional (...), falta de valorização (...) por parte de alguns profissionais da ESF e de alguns gerentes de unidade (...), salário extremamente baixo pela exigência e capacitação profissional que o cargo requer”. (F4)

Categoria: Desconhecimento das diretrizes dos NASF-AB

Nesse item foi enfatizado, por parte dos entrevistados, que há necessidade de conhecimento sobre as diretrizes e ferramentas do NASF-AB pelas equipes de saúde família, pois o desconhecimento sobre esses temas resulta em dificuldades na realização do apoio matricial, além de uma má formação da maioria dos profissionais do NASF-AB e da eSF.

“Falta de conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o NASF, falta de formação da maioria dos profissionais do NASF para desempenhar essa função”. (F9)

“Falta de conhecimento e prática na vida acadêmica sobre Atenção Primária”. (F11)

“Aceitação pelas eSF sobre as diretrizes e ferramentas do NASF dificultando o apoio matricial”. (F13)

DISCUSSÃO

A investigação sobre as atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas no NASF-AB permitiu reconhecer as características do processo de trabalho desses profissionais na APS. Além de identificar a maneira que os profissionais atuam na ESF, como se articulam com os outros setores da saúde e como vêm utilizando as ferramentas tecnológicas. Constatou-se que a principal ferramenta utilizada foi o matriciamento, e a menos, a pactuação de apoio. De forma semelhante, em outro estudo, a pactuação de apoio foi a ferramenta com menor utilização (24,3%), porém, a mais utilizada, foi a clínica ampliada (54,1%)¹⁰, percentual aproximado (53,8%) dos que afirmaram utilizar a clínica ampliada no presente estudo. Contudo, ao serem questionados em relação às atividades que desenvolviam, apenas 23,1% expuseram como a ferramenta era utilizada. Achados de outros pesquisadores também apontaram para o desconhecimento da ferramenta¹⁴. Considerando-se o intuito de fomentar uma visão ampliada sobre o cuidado em saúde, levando-se em conta as individualidades e proporcionando autonomia aos indivíduos no processo de cuidado, ampliar a clínica aponta para o reconhecimento das necessidades dos usuários e comunidade e a expansão das possibilidades de ação, autonomia e vida¹³.

No que se refere ao matriciamento, a maior parte dos fisioterapeutas distinguiu as atividades essenciais para o desenvolvimento da ferramenta, o que ratifica a percepção do apoio matricial como direcionador das ações. Esse resultado está presente na literatura sobre a sua relevância para a vinculação entre o NASF-AB e as eSF, com as reuniões de equipe e as pactuações, de forma interdisciplinar, sendo utilizadas para a abordagem dos problemas que surgem na rotina das equipes¹⁶. A corresponsabilização entre profissionais e equipes efetiva-se com discussões e intervenções em conjunto, além de capacitações e supervisões. Dessa forma, será possível aproximar-se da superação das relações burocráticas e hierarquizadas e ofertar um cuidado em saúde horizontalizado e humanizado¹⁵. Contudo, não foram mencionados elementos fundamentais, como a capacitação dos profissionais da própria eSF.

O Projeto Terapêutico Singular deve ser produto da construção coletiva por uma equipe interdisciplinar nos seus quatro momentos. Disparado a partir do diagnóstico e análise do problema; seguido da definição de ações e metas; divisão de responsabilidades em um terceiro

momento; e, finalizado com a reavaliação⁴. Os entrevistados que declararam utilizar o PTS relataram a articulação por meio de discussões com as eSF. Todavia, somente um participante relatou os momentos dois e três como parte do processo de construção do PTS, o que coloca em dúvida a efetiva condução desse tipo de projeto. Além disso, contatou-se no discurso de apenas um dos entrevistados a importância do envolvimento do usuário no debate sobre o PTS, o que suscita a probabilidade de uma relação ainda verticalizada com o profissional. Isso se coaduna com o que foi apurado em outra pesquisa, que evidenciou que o processo de formulação do PTS, mesmo diante de uma equipe multidisciplinar, não procurava discutir aspectos técnicos, pedagógicos e interdisciplinares, restringindo esse momento à prática de encaminhamentos¹⁷.

Já o Projeto de Saúde no Território (PST) se apresenta com o objetivo de fomentar ações na produção de saúde, bem como promover conexões dos serviços de saúde com outros serviços e setores, a partir da política do território. Com isso, esse projeto torna-se estratégico para o planejamento das equipes, sendo importante a definição de uma área, assim como de sua população adscrita, para auxiliar na compreensão das demandas e do contexto do seu território¹⁸. Para 76,9% dos entrevistados deste estudo, houve o reconhecimento da utilização dessa ferramenta. Contudo, a maioria não adentrou nas atividades pré-estabelecidas para a sua execução, conforme detalham as diretrizes do NASF-AB, como, por exemplo, em relação à necessidade de articulação entre os serviços de saúde com outros setores da sociedade. Isso corrobora o entendimento de que há uma falta de clareza na condução das ações do PST, mesmo reconhecendo-se que alguns entrevistados pontuaram a sua articulação com a ESF, assim como o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde e Prevenção no território.

Pode-se perceber que há falhas no entendimento acerca da importância da pactuação de apoio. Sabe-se que suas diretrizes direcionam as ações de todos os serviços de saúde no âmbito da APS, além de favorecer a avaliação do território e a construção de objetivos e práticas na implantação do NASF-AB¹⁸. A realização de reuniões periódicas com as eSF, além de com outros setores da sociedade, foi constatada nos discursos dos entrevistados. No entanto, deve-se lembrar que a não utilização dessa ferramenta acarreta consequências negativas no compartilhamento de responsabilidades entre a equipe do NASF-AB e as eSF.

Ao solicitar o detalhamento das principais atividades no âmbito do NASF-AB, percebeu-se um predomínio das visitas domiciliares, em geral realizadas conjuntamente nutricionistas, fonoaudiólogos e psicólogos. É interessante frisar que o principal público atendido era formado por idosos. No entanto, mesmo diante desse destaque na fala dos entrevistados, não se obteve a mesma atenção na literatura científica. A escassez de detalhamento dessa estratégia, de acordo com as ferramentas tecnológicas do NASF-AB, foi percebida na contextualização da prática fisioterapêutica, seja individualizada ou em equipe¹⁰.

Outra pesquisa apontou que o desempenho dos fisioterapeutas no NASF-AB ocorre, prioritariamente, por meio de ações coletivas e individuais, particularmente atendendo às demandas e necessidades de reabilitação da população. Entre essas, os grupos “visitas domiciliares” e “atividades educacionais sobre saúde e prevenção de doenças” se destacaram¹⁹.

A participação do fisioterapeuta no NASF-AB é um avanço para a profissão, por favorecer a descentralização da fisioterapia nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, assim como para a resolutividade da APS a partir de uma abordagem integral, por reconhecer a relação entre a promoção da saúde, a prevenção e o cuidado aos usuários. O processo de trabalho da fisioterapia na APS produz resultados positivos, como vínculo efetivo, ações de educação e satisfação profissional do fisioterapeuta²⁰. No entanto, também são apontados alguns limites, como a formação profissional para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Ao analisar as ações desenvolvidas em parceria com as eSF, pode-se constatar como as mais executadas as de promoção da saúde, prevenção e reabilitação (individual ou em grupo). Já a menos pontuada foi vinculada a competências do fisioterapeuta conduzidas de forma individual. As diretrizes de cuidado descritas para o NASF-AB na APS apresentaram relação direta com as atividades específicas detalhadas pelos profissionais neste estudo¹⁸. A ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção a partir de estratégias de educação em saúde favorece a participação do usuário, com a utilização de dispositivos como a sala de espera, rodas de conversa e palestras/atividades em meses temáticos. Entre os principais temas abordados pelos fisioterapeutas destacam-se as áreas de traumato-ortopédica, cardiovascular, respiratória e a saúde da mulher – gestantes com incontinência urinária, climatério e mastectomizadas²¹.

A conduta terapêutica individualizada deve ser conduzida com foco nas necessidades de cuidado, devendo constar de orientações – tanto para os usuários como para os cuidadores – a partir do acompanhamento de suas individualidades. No entanto, na prática de atuação no NASF-AB, essa conduta vem sendo direcionada, principalmente, para a reabilitação clínica, foco prioritário da atenção secundária¹. Assim, pode-se constatar a predominância dessa colocação nas ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas, conforme os resultados desta pesquisa, como as visitas domiciliares e os atendimentos individualizados de reabilitação. É interessante pontuar que o NASF-AB se direciona para o desenvolvimento de uma concepção ampliada de suas ações ao debater sobre a reabilitação (o oposto ao descrito anteriormente) que considere o usuário e sua família a partir do seu território. Por isso, é importante que, quanto maior a complexidade do caso, maior será a urgência em fazer com que o processo de reabilitação tenha o foco na autonomia, ou seja, na independência, e que seja capaz de proporcionar maior qualidade de vida ao sujeito²².

Ao abordar o processo de trabalho, constatou-se, nas falas dos entrevistados, a ocorrência de avaliações conjuntas entre o NASF-AB e a eSF. Contudo, evidenciou-se, nos

discursos, fragilidades na avaliação intersetorial do território entre o NASF-AB, a gestão e os conselhos de saúde. Essa baixa efetividade na sistematização das avaliações em parceria com a eSF, gestores e conselhos, também pode ser encontrada na literatura científica¹⁰. A limitada parceria na avaliação intersetorial interfere na utilização das demais ferramentas tecnológicas do NASF-AB, reduzindo a articulação no processo de planejamento e realização das atividades, assim como compromete a construção de uma rede de cuidado e de educação permanente entre os profissionais⁶. Além disso, essa dificuldade na articulação também pode afetar as atribuições de promoção da saúde, educação, vigilância e prevenção de agravos, bem como de outros cuidados quando acionados²³.

Ficou evidente a existência de articulação entre a ESF e o NASF-AB, conforme detalhado neste estudo. Contudo, para 53,8% dos entrevistados, essa articulação ainda não era satisfatória. Para corroborar esse entendimento, pode-se observar nos discursos que a realização de reuniões com a equipe ocorria de forma remota, considerando a falta de tempo e a incompatibilidade nas agendas dificultavam a participação de todos. O suporte restrito da gestão às necessidades do NASF-AB foi a principal dificuldade enfrentada pelos fisioterapeutas, se considerarmos que a maioria das queixas apontadas direcionavam para o déficit de recursos, dificuldades interpessoais, ambientes de trabalho inadequados e carência de transportes. Isso se apresenta em sintonia com outros estudos, que consideraram a escassez de recursos no NASF-AB, sejam tecnológicos ou humanos, como fatores que dificultam a execução das ações^{6,24}.

O planejamento de ações deve ser sistematizado a partir de reuniões rotineiras entre as equipes do NASF-AB e da ESF, de maneira que essa articulação potencialize as competências e atribuições de cada profissional. É fato que algumas equipes apresentam barreiras no processo de trabalho, reforçadas pela falta de conhecimento de como estabelecer essas articulações, o que demonstra o desconhecimento das diretrizes do NASF-AB. Esse planejamento deve ocorrer de forma interdisciplinar, contextualizado pelas necessidades da população a serem acompanhadas no território^{8,10}. Por esse motivo, é tão importante que o processo de trabalho seja acordado entre NASF-AB, eSF e gestor, partindo-se do fato que suas estratégias necessitam de maior definição e detalhamento, em consequência das peculiaridades pessoais e profissionais no setor saúde²⁴. Essa atuação conjunta possibilita ao NASF-AB ampliar suas ações e o fluxo de referência e contrarreferência, corroborando a corresponsabilização do cuidado^{17,25}.

A partir da organização da articulação entre as equipes, com a utilização das ferramentas tecnológicas, haverá um maior compartilhamento das ações em saúde com as eSF. A abordagem profissional deve se conduzir a partir de um olhar ampliado de saúde, centrado na família, que seja capaz de inserir a comunidade no seu processo de cuidado. Vale salientar, que

essa atuação se associa com as competências da promoção da saúde, educação, vigilância e prevenção^{14, 23,25}.

Constatou-se que a maior parte dos participantes apresentava vínculo precário de trabalho (69,2%) por períodos entre um e dois anos (61,5%), semelhante ao que ocorre em outras localidades^{10,26-28}. Os entrevistados (61,5%) relataram que, contiguamente à contratação, não receberam qualquer tipo de capacitação, o que corrobora o fato de a maioria dos entrevistados não se sentirem confiantes. Pesquisa realizada no Mato Grosso do Sul demonstrou que os entrevistados, em sua maioria, também não receberam capacitação de imediato, bem como consideraram insuficientes seus conhecimentos¹⁰. No decorrer da atuação no NASF-AB, 76,9% relataram terem sido capacitados, o que explica o fato de a maioria considerar ser suficiente ou razoavelmente suficiente o seu entendimento acerca de suas atribuições e funcionamento do NASF-AB e da ESF. Políticas de capacitação para o desenvolvimento das atividades, seja no NASF-AB ou em qualquer outro campo de atuação, são fundamentais para que as práticas sejam coerentes com os preceitos norteadores¹.

É iminente a necessidade de modificações na formação para fortalecer a integração ensino, serviço e comunidade, com o objetivo de ampliar e diversificar as vivências interdisciplinares e multiprofissionais no campo da APS²⁹. A constatação da pouca qualificação profissional, associada a um conhecimento insuficiente para o trabalho, limita o uso das ferramentas tecnológicas. Dessa forma, é importante que o fisioterapeuta desenvolva, desde a graduação, competências que o empodere na utilização dessas ferramentas, com intuito de qualificá-lo para a atuação nessa área^{10,30}. A organização do trabalho do fisioterapeuta na APS inclui novos conceitos e concepções sobre saúde e cuidado, o reconhecimento do território para além de sua distribuição geográfica, o reconhecimento das necessidades em saúde e suas determinantes sociais, a corresponsabilização, o vínculo e o acolhimento aos usuários. Isso faz com que seja importante que o profissional, mesmo após a sua inserção no mercado de trabalho, mantenha um constante processo de educação permanente em prol da ampliação de seu conhecimento³¹. É reconhecido que o cuidado fisioterapêutico estabelecido na APS sempre está em debate, principalmente em relação às competências estabelecidas para a formação e a prática do profissional, considerando-se a necessidade de desenvolver uma perspectiva quanto à consolidação de sua atuação no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trouxe contribuições para o conhecimento das características sociodemográficas e dos processos de trabalho de fisioterapeutas que atuam no NASF-AB. Entre as fragilidades, destacaram-se a deficiente formação profissional para atuação na atenção

primária, especialmente sobre a utilização das ferramentas tecnológicas do NASF-AB; o estabelecimento de vínculos precários de trabalho; e a insuficiente preparação desses profissionais para atuação nesse nível de atenção.

Para a efetiva implementação de equipes do NASF-AB, de acordo com o preconizado nas políticas públicas, é necessário que as competências para atuação na atenção primária sejam desenvolvidas desde a graduação, sendo, portanto, imprescindível revisitar a formação de fisioterapeutas no país, inclusive a respeito da utilização das ferramentas tecnológicas. Também é importante sensibilizar os gestores em relação à necessidade de oferta de vínculos permanentes e de planos de carreira consistentes, que estimulem os profissionais a se dedicarem à área. E, finalmente, após a contratação, há que se promover o desenvolvimento de ações de educação permanente dos profissionais inseridos no NASF-AB.

REFERÊNCIAS

1. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). R Bras Ci Saúde [Internet]. 2012 [acesso em 2022 ago. 19]; 16(2): 113-122. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10639>
2. Sales RDC. O Papel do Fisioterapeuta Residente Multiprofissional em Saúde da Família: um relato de experiência. Rev. APS [Internet]. Jul./set. 2016 [acesso em 2022 ago. 19]; 19(3): 500-504. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15451>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 2.436, de 21 de set. 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). Brasília, DF. 2017 [acesso em 2022 ago. 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 2022 ago. 19]; 116 p – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxNg==>
5. Rodriguez MR. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Com. Ciências Saúde [Internet]. 2010

- [acesso em 2022 ago. 19]; 21(3): 261-266. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/analise_historica_trajetoria_profissional.pdf
6. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. Mundo da Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 2022 ago. 19]; 37(2): 176-184. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/fisioterapia_nucleo_apoio_saude_familia.pdf
7. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC, Neto JDA, Moreira AKF et al. Avaliação da Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. Abr./jun. 2014 [acesso em 2022 ago. 19]; 27(2): 224-231. Disponível em:
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2426>
8. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. Fisioter. Mov [Internet]. 2016 [acesso em 2022 ago. 19]; 29(4): 767-776. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/fm/a/pMj7BKVpdPGz3q57wt5WbbM/abstract/?lang=en>
9. Oliveira G, Andrade ES, Santos ML, Matos GSR. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. Out./dez. 2011 [acesso em 2022 ago. 19]; 24(4): 332-339. Disponível em:
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2090>
10. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. Fisioter Mov [Internet]. Out./dez. 2016 [acesso em 2022 ago. 19]; 29(4): 741-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/dR8j9hnf6c8MzHvSfdLS4TQ/?lang=en>
11. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. Inf. & Soc.:Est [Internet]. Jan./abr. 2014 [acesso em 2022 ago. 19]; 24(1): 13-18. Disponível em:
<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000>
12. Gois ACP, Santana JS. Atuação do fisioterapeuta nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica em municípios de Sergipe. Lagarto (SE). Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Fisioterapia] – Departamento de Fisioterapia de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe; 2019 [acesso em 2022 ago. 19]. 44 p. Disponível em:
<https://ri.ufs.br/handle/riufs/12605>
13. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. Rev de Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [acesso em 2022 ago. 19]; 20(4):

- 1079-1097. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physics/a/rdjTTCjbfDzqpWT3bYxjkbP/>
14. Aciole GG, Oliveira DKS. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate* [Internet]. Out./dez. 2017 [acesso em 2022 ago. 19]; 41(115): 1090-1101. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QKhVNHkY8vRhbk4PgWGPmD/>
15. Gutiérrez AC, Núcleo de apoio à saúde da família do Território Escola Manguinhos: análise sob a perspectiva do apoio matricial [tese]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2014 [acesso em 2022 ago. 19]. 109 p. Disponível em: <https://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4476>
16. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Cien Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acesso em 2022 ago. 19]; 20(9): 2847-2856. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5kgYHr6VbLbZtdL5nM55LFH/>
17. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Cien Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acesso em 2022 ago. 19]; 19(8): 3561-3571. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MJpk7QSnsM9wQ8vfkVYRJtm/>
18. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 2009 [acesso em 2022 ago. 19]; 160 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf
19. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. *Fisioter. Mov* [Internet]. 2016 Dez. [acesso em 2020 ago. 07]; 29(4): 767-776. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000400767&lng=en
20. Souza MOS, Kionna OB. Physical therapists role in Family Health Support Center. *Fisioter. Mov* [Internet]. 2017 [acesso em 2022 ago. 19]; 30(2): 237-246. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/3cwyDyvMfdtV4XTyjpgdKWJc/>
21. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Rev. APS* [Internet]. Jan./mar. 2011 [acesso em 2022 ago. 19]; 14(1): 111-119. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-593772>

22. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [acesso em 2022 ago. 19]. 50 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf
23. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. Interface [Internet]. 2017 [acesso em 2022 ago. 19]; 21(62). Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/zBhWdfDtYq67F3874K6KY8F/>
24. Lancman S, Barros J O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. Rev. Ter. Ocup. Univ [Internet]. Set./dez. 2011 [acesso em 2022 ago. 19]; 22(3): 263-269. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46444>
25. Batista CB, Machado RMC, Maciel FJ, Morais MCN, Paula PP. Trabalho do núcleo de apoio à saúde da família em um município de Minas Gerais. Gerais (Univ. Fed. Juiz Fora) [Internet]; Jul./dez. [acesso em 2022 ago. 19]; 10(2): 264-274. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v10n2/11.pdf>
26. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SA. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter. Mov [Internet]. 2010 [acesso em 2022 ago. 19]; 23(2): 323-330. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/fm/a/BtgCKsL3jr7x88T7RwHNNyH/>
27. Belettini NP. Fisioterapeutas Integrantes do NASF do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia). Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, 2011 [acesso em 2022 ago. 19]. 67 p. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/354>
28. Dibai-Filho AV, Aveiro MC. Atuação dos Fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família entre Idosos do Município de Arapiraca-AL, Brasil. Rev. bras. promoç. Saúde [Internet]. 2012 [acesso em 2022 ago. 19]; 25(4): 397-404. Disponível em:
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2538>
29. Rocha V, Assis TR, Souza LA, Batiston, AP, Rocha LP, Silva ES et al. Formação integral do estudante de Fisioterapia para a Atenção Primária à Saúde e o Sistema Único de Saúde. In: Schmitt ACB, Berach FR, Mota PHS, Aguiar RG. Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde:

- desafios para a formação e atuação profissional. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2020. p. 21-46.
30. Moccelin AS, Medeiros AA, Barbosa GR, Tavares LRC, Santos MLM, Ponte Neto OA et al. Competências e responsabilidades do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. In: Schmitt ACB, Berach FR, Mota PHS, Aguiar RG. Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde: desafios para a formação e atuação profissional. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2020. p. 47-66.
31. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. Cien Saúde Colet [Internet]. 2011 [acesso em 2022 ago. 19]; 16 Suppl 1: 1535-1546. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dJfwdfzVc4nVysSC7HSNY6R/>