

Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica

Model for evaluating the effectiveness of physiotherapeutic activities in primary care

Joyce Ribeiro Rothstein¹, José Francisco Gontan Albiero², Sérgio Fernando Torres de Freitas¹

DOI: 10.1590/2358-289820241408749P

RESUMO A pesquisa objetivou elaborar um modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica. O modelo foi elaborado com base na literatura, em entrevistas com experts envolvidos na atuação fisioterapêutica na Atenção Básica à Saúde e conferência de consenso para validação com especialistas. A matriz avaliativa proposta é composta por três dimensões – ações assistenciais, de gestão e de promoção de saúde – e nove indicadores. Esse modelo proposto será posteriormente aplicado para verificar sua aplicabilidade, necessidade de ajustes e possibilidade de replicação em diferentes contextos.

PALAVRAS-CHAVE Modalidades de fisioterapia. Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The research aimed to develop a model to evaluate the effectiveness of physiotherapeutic activities in primary care. The model was elaborated based on the literature, through interviews with experts involved in physiotherapeutic activities in Primary Health Care and a consensus conference for validation with specialists. The proposed evaluation matrix is composed of three dimensions – care, management and health promotion actions – and nine indicators. This proposed model will be later applied to verify its applicability, the need for adjustments and the possibility of replication in different contexts.*

KEYWORDS *Physical therapy modalities. Health evaluation. Primary Health Care.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.
joycefisio@gmail.com

²Fundação Universidade Regional de Blumenau (Furb) - Blumenau (SC), Brasil.



Introdução

Na busca da consolidação dos princípios da Atenção Básica à Saúde (ABS), fisioterapeutas apresentam relevante taxa de crescimento nacional entre os profissionais cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), constituindo-se, atualmente, na quarta profissão de nível superior mais frequente no Sistema Único de Saúde (SUS)¹, e compõem as equipes multiprofissionais, compartilhando demandas com médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários e outros profissionais².

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, associadas às consequências da pandemia do novo coronavírus³, somadas à crise econômica, impacta os determinantes sociais de saúde^{4,5} e o fim do financiamento da equipe dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) pelo programa Previne Brasil⁶, e exige maior vigilância com relação a cuidados integrais e longitudinais da população. Nesse contexto, fisioterapeutas buscam ressignificar e reformular sua atenção, de forma que a reabilitação compartilhe espaço com atividades de promoção, educação em saúde, prevenção de riscos e venha a desvincular-se do paradigma apenas assistencial, aproximando-se das reais necessidades da ABS⁷.

Considerando que o processo avaliativo oferece suporte ao planejamento e ao processo decisório⁸, um modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS poderá subsidiar tomadas de decisões. Para pesquisadores⁹, a avaliação é um valor assumido por um julgamento realizado com base em critérios previamente definidos, com o objetivo de orientar políticas que busquem a melhoria de serviços de saúde. Quando institucionalizada, permite aperfeiçoar resultados de acordo com o contexto em que se insere, corrigindo problemas detectados e possibilitando a conquista de novas metas, sendo uma importante ferramenta de gestão que pode contribuir para a qualificação da atenção à saúde¹⁰.

Especialmente na fisioterapia, observa-se uma escassez de estudos que avaliem a efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS sob uma perspectiva avaliativa, visto que, nos últimos anos, estudos contemplaram, em sua maioria, relatos de caso, revisões sistemáticas e estudos de caráter clínico em uma perspectiva normativa, sem a emissão de juízo de valor, evidenciando uma deficiência metodológica do ponto de vista da avaliação para o planejamento e a gestão. Em vista disso, pesquisas normativas tendem a não ultrapassar a análise do mérito ‘eficácia e eficiência’ das ações, não contemplando aspectos de qualidade de um serviço que estejam relacionados ao seu valor ‘efetividade e relevância’¹¹.

Diante de tal fato, assume-se o conceito de avaliação elaborado por Contrandriopoulos et al.¹²⁽³¹⁾, “avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”, aliado ao conceito de Kovalski et al.¹³⁽⁴²⁾ e Kovalski¹¹⁽⁵⁸⁾ de que a

efetividade ultrapassa aspectos técnicos e sanitários, para incluir aspectos políticos relacionados às expectativas individuais e coletivas em relação à saúde, estando atrelada a maximização de resultados da qualidade da gestão em saúde.

O presente estudo teve como objetivo elaborar um modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem qualitativa¹⁴, com a finalidade de elaborar um modelo de avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS.

A pesquisa foi realizada por meio de revisão de literatura, entrevistas com *experts* envolvidos com atuação fisioterapêutica na ABS e técnica de conferência de consenso para

definição e validação das dimensões, indicadores e medidas da avaliação.

Revisão de literatura

Foram consultadas as seguintes plataformas digitais: BVS, Pubmed, Embase, Web of Science, Banco de Tese da Capes e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Estratégias de buscas específicas para cada plataforma foram formuladas com uma bibliotecária experiente, a fim de captar estudos com os descritores: efetividade, fisioterapia, atenção básica, Atenção Primária à Saúde, contemplando publicações dos últimos 10 anos, em inglês, português e espanhol.

O modelo construído também considerou o modelo proposto por Buch¹⁵, elaborado para uma pesquisa avaliativa sobre a eficácia da atuação fisioterapêutica nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). De acordo com esse modelo, a atenção fisioterapêutica é definida por Ações Pedagógicas, Mistas e Assistenciais. Essas três ações, com auxílio de ferramentas tecnológicas, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto saúde no território, apoio matricial e pactuação do apoio, influenciam o resultado da atuação da fisioterapia no SUS.

Entrevista com experts

Especialistas/experts em Fisioterapia e Saúde Coletiva foram entrevistados. A entrevista constava de 4 perguntas com o propósito de levantar os indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS. A entrevista foi criada e validada na disciplina de pós-graduação Métodos em Avaliação, cursada em 2019-1. Dois fisioterapeutas foram entrevistados: um Doutor em Saúde Coletiva, e um Mestre em Saúde Coletiva. Ambos possuíam ampla experiência docente assistencial na área de fisioterapia na ABS.

As entrevistas foram transcritas, lidas e analisadas a partir da técnica framework¹⁶, visando a identificar categorias e indicadores

citados pelos participantes e o consenso com o modelo proposto. Os elementos consensuais foram categorizados entre os diferentes participantes, e foram identificados, por ordem de frequência, os elementos condicionantes da efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS.

Também foram entrevistados gestores da ABS de seis municípios da macrorregião da Grande Florianópolis. Os experts/gestores trouxeram informações sobre a descrição dos processos de trabalho, funções, atribuições e rotinas de trabalho relacionadas à atuação fisioterapêutica na ABS, o que serviu como base para a construção de uma tipologia de atuação.

Conferência de Consenso

A terceira etapa possibilitou o debate e a validação dos indicadores identificados na revisão de literatura e nas entrevistas. Os dados foram analisados, organizados e submetidos a validação com especialistas, sob forma de Conferência de Consenso. Essa técnica foi aplicada buscando conciliar a discussão aberta e a preservação do anonimato dentro de uma lógica que seja viável visando ao consenso de um grupo a respeito de um determinado fenômeno¹⁷.

Na primeira etapa, por e-mail, os participantes receberam a proposta inicial do modelo teórico, modelo teórico-lógico e da matriz de avaliação, termo de consentimento livre e esclarecido do comitê de ética em pesquisa. Os participantes foram solicitados a manifestar sua concordância ou discordância com a proposta, bem como foram solicitados a atribuir a importância de cada uma das dimensões, subdimensões e dos critérios de avaliação, a fim de sugerirem a inclusão ou exclusão dos itens propostos. Os participantes tiveram 30 dias para apresentar suas concordâncias plena, parcial ou discordância.

Com as respostas em mãos, as informações foram consolidadas de forma anônima, e iniciou-se a segunda etapa, onde todos foram convidados para uma reunião na qual uma

nova matriz foi apresentada, considerando as sugestões enviadas pelos participantes, com debate aberto.

Os participantes tiveram oportunidade de expressar suas opiniões e seus argumentos, e foram identificados os pontos de maior e menor desacordo até chegarem a uma unanimidade com relação a todos os itens da matriz. No final do encontro, a nova matriz, incorporando sugestões dos participantes, foi consolidada.

A Conferência de Consenso ocorreu no mês de novembro de 2022, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e contou com 6 participantes, sendo 4 *experts* e 2 pesquisadores que conduzem a pesquisa 'Avaliação da Efetividade da Atuação Fisioterapêutica na ABS'. Quanto aos *experts*, participaram: fisioterapeuta, Doutor em Saúde Coletiva na área de Avaliação em Saúde que atua na ABS há mais de dez anos; fisioterapeuta, gestora de serviço de fisioterapia na ABS; fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva na área de Avaliação em Saúde e docente da Universidade do Estado de Santa Catarina; e uma Doutora, docente da Universidade Federal de Santa Catarina, com ampla experiência em pesquisas em Avaliação em Saúde.

Ao final das três etapas descritas, consolidaram-se o modelo teórico, o modelo teórico-lógico e a matriz avaliativa da atuação fisioterapêutica na ABS, que será apresentada nos resultados a seguir.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Parecer nº 5.309.694, CAAE nº 53011421.3.0000.0121.

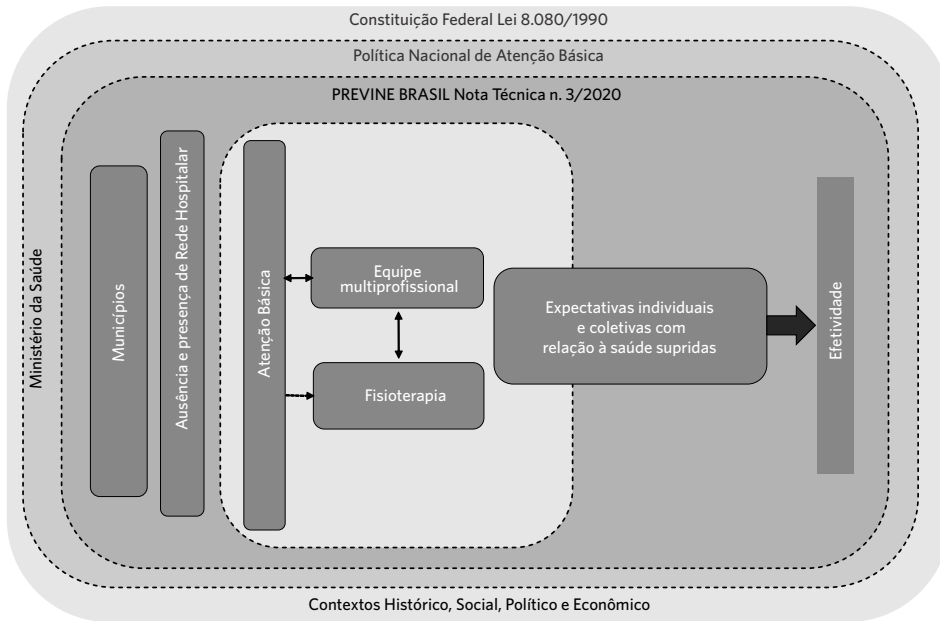
Resultados

Considerando as entrevistas com os gestores, consolidou-se a seguinte tipologia de atuação fisioterapêutica na ABS: Tipo 1 – Equipe multidisciplinar com fisioterapeuta – equipes que operam em modelo de equipes multidisciplinares mesmo após as mudanças de financiamento instituídas pela Nota Técnica nº 3/2020; Tipo 2 – Equipe multidisciplinar com Fisioterapeuta terceirizado/credenciado – equipes multidisciplinares que não possuem fisioterapeuta na equipe, as quais, para suprir a demanda de fisioterapia na ABS, contam com suporte técnico de clínicas credenciadas; Tipo 3 – Mista, abarca os tipos 1 e 2, contando com fisioterapeutas próprios que fazem parte das equipes multidisciplinares e, também, terceirizados/credenciados, a fim de suprir as demandas de fisioterapia da ABS.

O modelo teórico-lógico proposto retrata os elementos necessários para que a atuação fisioterapêutica atinja critérios de efetividade, estando em consonância com a Constituição Federal, Lei nº 8.080/1990¹⁸, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹⁹, a literatura emergente e o contexto histórico atual (2022).

No modelo teórico-lógico, especifica-se que a atuação fisioterapêutica contempla ações assistenciais, ações de gestão e ações de promoção da saúde e qualidade de vida conforme referencial teórico consultado e consulta a especialistas, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da PNAB¹⁹, visando a atender às principais demandas e expectativas coletivas e individuais da população.

Figura 1. Modelo teórico da atuação fisioterapêutica na atenção básica



Fonte: elaboração própria.

Figura 2. Modelo teórico-lógico para avaliar efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica



Fonte: elaboração própria.

Para tanto, seus componentes, consolidados como descrito na metodologia, estão apresentados no quadro 1.

Os indicadores consolidados têm como foco usuários restritos ao domicílio e usuários com dor lombar crônica. Com relação à dor lombar

crônica, a definição de uma condição musculoesquelética em específico ocorreu após a revisão de literatura, por observar a prevalência de estudos dessa condição, captados com os descritores utilizados.

Quadro 1. Indicadores para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica e respectivos autores de referências

Dimensões e indicadores	Autores de referência
1 - Ações assistenciais	
1 - Modificação da sintomatologia e da independência física funcional	Bispo Junior ²⁰ , Piscitelli et al. ²¹ , Moi et al. ²² , López Lória et al. ²³ , Maselli et al. ²⁴ ; Zhang, Yang, Gu et al. ²⁵ , Nordi e Acioli ²⁶
2 - Modificação na dependência física funcional	López Lória et al. ²³ , Nordi e Acioli ²⁶
3 - Modificação no uso de medicamentos	Babatunde, Macdermid e Macintyre ²⁷ , Mota et al. ²⁸
2 - Ações de gestão	
4 - Resolubilidade da assistência fisioterapêutica na ABS em usuários com condições crônicas	Lopez Lória et al. ²³ , Nordi e Acioli ²⁶
5 - Garantia do cuidado a pessoas restritas ao domicílio	Cruz et al. ²⁹ , Puschel, Ide e Chaves ³⁰
6 - Qualidade da gestão da assistência	Maselli et al. ²⁴ , Oliveira et al. ³¹ , Bastiaens, Barten e Veenhof ³² , Goodwin e Hendrick ³³
7 - Oferta de educação permanente	Brasil ³⁴ , Ceccin e Feuerwerker ³⁵ , Ghizoni, Arruda e Tesser ³⁶ , Albiero e Freitas ³⁷
3 - Ações de promoção da saúde	
8 - Modificação de comportamento relacionado ao estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico	Bim et al. ³⁸ , Combinato et al. ³⁹ , Friedrich et al. ⁴⁰
9 - Qualidade de vida	Babatunde et al. ⁴¹ , Ho-henriksson et al. ⁴² , Bornhöft et al. ⁴³ , Bishop et al. ⁴⁴ , Gardner et al. ⁴⁵

Fonte: elaboração própria.

No *quadro 2*, estão sistematizadas as dimensões e subdimensões estabelecidas, seus respectivos indicadores e medidas.

Quadro 2. Dimensões, indicadores e medidas da matriz avaliativa para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica

Dimensão	Indicador	Medida
1- Ações assistenciais	1 - Modificação da sintomatologia e da independência física funcional	1 - Percepção sobre a redução nos sintomas apresentados em lombalgia crônica após três meses de intervenções fisioterapêuticas na Atenção Básica à Saúde 2 - Percepção sobre alterações na realização de atividades cotidianas
	2 - Modificação na dependência física funcional	1 - Percepção sobre a dependência física funcional. 2 - Percepções sobre estrutura e função do corpo (escaras, respiração e circulação)
	3 - Modificação no uso de medicamentos	1 - Modificação no uso de medicamentos após/durante a atenção fisioterapêutica
2- Ações de gestão	4 - Resolubilidade da assistência fisioterapêutica na ABS em usuários com condições crônicas	1 - Percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na Atenção Básica à Saúde nos últimos seis meses
	5 - Garantia do cuidado a pessoas restritas ao domicílio	1 - Acompanhamento regular de pacientes restritos ao domicílio do território
	6 - Qualidade da gestão da assistência	1 - Grau de satisfação do usuário

Quadro 2. Dimensões, indicadores e medidas da matriz avaliativa para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica

Dimensão	Indicador	Medida
	7 - Oferta de educação permanente	1 - Oferta de educação permanente com carga horária garantida no último ano
3- Ações de promoção da saúde	8 - Modificação de comportamento relacionado ao estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico	1 - Percepção sobre a modificação de comportamento e estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico
	9 - Qualidade de vida	1 - Percepção sobre a qualidade de vida

Fonte: elaboração própria.

Rationales

DIMENSÃO 1 - AÇÕES ASSISTENCIAIS

As ações assistenciais envolvem o desenvolvimento de ações fisioterapêuticas assistenciais aos usuários da ABS e contempla os indicadores descritos a seguir:

INDICADOR 1 - MODIFICAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA E MELHORA DA INDEPENDÊNCIA FÍSICA FUNCIONAL

Pesquisadores, ao discorrer sobre ações de fisioterapia na ABS, mencionam que a dor lombar é um problema comum enfrentado pela população brasileira, levando a demandas por serviços de saúde e a limitações funcionais²⁶. A dor lombar crônica tem alta prevalência na população e é causadora de incapacidades, limitando atividades de vida diárias, impactando desde atividades de cuidados pessoais até a vida social^{24,25,45}.

Estudos demonstram que a atenção fisioterapêutica tem impacto sobre a incapacidade e a dor^{22,24}, promovendo maior independência e menor tempo de afastamento de atividades produtivas em pessoas com dor lombar^{20,21,23,26}; sua atuação deve impactar na redução de sintomas da dor lombar crônica, bem como promover ganhos na independência física funcional, afetando a capacidade de realizar atividades cotidianas com mais facilidade e de retornar às atividades que foram interrompidas devido

aos sintomas apresentados.

Consideram-se aqui atividades cotidianas aquelas como levantar da cama e calçar os sapatos, dirigir, até atividades relacionadas a retomar o trabalho, a recreação e o lazer²⁵. Com isso, o indicador identifica se usuários que estão na ABS há mais de três meses, participando das diversas intervenções ofertadas, tais quais Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), grupos, consulta individual, consulta compartilhada, entre outras intervenções, percebem que a atuação fisioterapêutica promove redução dos sintomas de lombalgia e, com isso, promovem alterações na realização das suas mais diversas atividades, sendo, portanto, uma atuação efetiva.

Para obter tal informação, o Indicador 1 (Modificação da sintomatologia e melhora da independência física funcional) é composto por duas medidas: 1 - Percepção sobre a redução dos sintomas apresentados em lombalgia crônica após três meses de intervenções fisioterapêuticas na ABS, com a questão: quanto você considera que o sintoma apresentado melhorou?; e 2 - Percepção sobre alterações na realização de atividades cotidianas, com a questão: após o atendimento fisioterapêutico, você conseguiu realizar atividades cotidianas com mais facilidade ou a fazer outras atividades que não estava fazendo?. As duas questões serão respondidas pelo usuário com dor lombar crônica. As opções de respostas e respectivos parâmetros são: muito=bom, pouco=regular, nada/piorou=ruim.

INDICADOR 2 - MODIFICAÇÃO NA DEPENDÊNCIA FÍSICA FUNCIONAL

As altas prevalência e morbidade das doenças crônicas degenerativas, aliadas ao avanço tecnológico, promoveram aumento de demanda de assistência a pessoas restritas ao domicílio, haja vista que tais doenças trazem relevantes repercussões na incapacidade, muitas vezes promovendo dependência física funcional, o que desafia o sistema de saúde²³.

Orientar e informar o usuário, cuidadores e familiares sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo fazem parte da atuação fisioterapêutica na ABS²⁶.

O Indicador 2 – Modificação na dependência física funcional identifica se há modificação na dependência física funcional de usuários restritos ao domicílio. Para tal, o indicador é composto por duas medidas: 1 – Percepção sobre a dependência física funcional. Relacionada à percepção do impacto da atuação fisioterapêutica com relação à melhora na realização de atividades de vida diária, como trocar de roupa, comer ou mudar de postura, com a questão: após o atendimento fisioterapêutico observou melhora com relação à realização de atividades de vida diária (ex.: trocar roupa, comer, mudar de postura)?; 2 – Percepção sobre estrutura e função do corpo. Relacionada à percepção sobre estrutura e funções do corpo, tais como presença de escaras, edema, inchaço e respiração, com a questão: após o atendimento fisioterapêutico, observou melhora com relação a respiração, inchaço no corpo e a presença de escaras (feridas)?

As perguntas serão respondidas pelos usuários ou seu cuidador. As duas medidas contam com uma pergunta cada, com as opções de respostas e respectivos parâmetros: ‘não’ – considera-se a opção ‘nada/piorou=ruim’, e ‘sim’ – classifica-se a resposta como ‘muito=bom’ ou ‘pouco=regular’. Obs.:

o avaliador deve considerar a percepção do usuário independentemente da perspectiva física funcional, por exemplo: se observar que o relato demonstra que o paciente se manteve estável em todos os aspectos relacionados a respiração, edema e escaras, e ele relatar não ter melhorado nada por não perceber o impacto da atuação fisioterapêutica, deve-se considerar a resposta do usuário.

INDICADOR 3 - MODIFICAÇÃO NO USO DE MEDICAMENTOS

A atuação fisioterapêutica pode impactar o uso de medicamentos, pois as ações assistenciais envolvendo cinesioterapia, terapia manual, Pics, entre outras estratégias associadas às estratégias de educação em saúde, promovem a melhora de diversas sintomatologias e possivelmente uma menor necessidade de consumo de medicamentos, principalmente os relacionados a situações de doenças musculoesqueléticas.

Apesar de sua capacidade de amenizar sintomas, o uso incorreto de medicamentos é um problema de saúde pública, tendo em vista a possibilidade de aparecimento de reações adversas, falhas terapêuticas e de desenvolvimento de doenças iatrogênicas^{28,46}. Nesse sentido, pesquisadores citam que um maior acesso à fisioterapia está ligado a uma expressiva redução no consumo de medicamentos na população²⁷.

O Indicador 3 – Modificação no uso de medicamentos – consiste em uma medida de Modificação no uso de medicamentos após/durante a atenção fisioterapêutica, que identifica se a atuação fisioterapêutica promoveu um uso mais racional dos medicamentos utilizados, ou até mesmo a descontinuidade de uso, com a questão: houve alguma modificação no uso de medicamentos durante/após a atenção fisioterapêutica? As opções de respostas e seus respectivos parâmetros são: uso mais racional com redução ou não usa mais=bom; uso mais racional, com manutenção=regular; e não modificou o padrão de uso=ruim. Os

medicamentos considerados serão analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares, por serem frequentemente usados para aliviar a lombalgia²⁵. O fisioterapeuta será consultado para obter a resposta desse indicador.

DIMENSÃO 2 - GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA

Esta dimensão avalia aspectos de gestão que podem impactar diretamente a efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS, contemplando a resolubilidade da assistência a usuários crônicos, a garantia de acesso às pessoas restritas ao domicílio, a qualidade da gestão da assistência e a oferta de educação permanente.

INDICADOR 4 - RESOLUBILIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NA ABS EM USUÁRIOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS

Pesquisadores citam que a atenção fisioterapêutica tem papel fundamental no manejo de doenças crônicas não transmissíveis^{23,26,47}, sendo resolutiva e resultando na diminuição da necessidade de encaminhamentos para outros níveis de saúde.

Esse indicador identifica o impacto de atenção fisioterapêutica no percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na ABS. Para tal, uma medida é utilizada: Percentual de usuários com lombalgia crônica que permaneceram na ABS nos últimos seis meses, com a questão: qual é o percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na ABS? A medida será obtida através do questionamento do gestor e equipe ou dado secundário. As respostas serão classificadas segundo os seguintes parâmetros: 80% ou mais=bom, 70 a 79%=regular e menor de 70%=ruim.

INDICADOR 5 - GARANTIA DO CUIDADO A PESSOAS RESTRITAS AO DOMICÍLIO

A atuação fisioterapêutica pode ampliar a cobertura de assistência a pessoas restritas ao

domicílio. Segundo Cruz et al.²⁹, a inserção do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares favorece o acesso a este profissional por meio de visitas/atendimentos domiciliares, atuando na prevenção e reabilitação no âmbito domiciliar; visa ao tratamento de disfunções físicas funcionais, à restauração de problemas respiratórios e a evitar as complicações da doença que levaram à imobilização. Conta com auxílio da família e/ou do cuidador e maior independência na realização de atividades de vida diária e melhor qualidade de vida³⁰.

Esse indicador identifica o percentual de pessoas restritas ao domicílio que são acompanhadas pelo fisioterapeuta. Com isso, a matriz consta com a seguinte medida: Acompanhamento regular de pacientes restritos ao domicílio do território. Para obter tal informação, o gestor será questionado: qual é o percentual de pacientes restritos ao domicílio do território que são acompanhados pelo fisioterapeuta? Com os seguintes parâmetros: acima de 80%=bom, de 60 a 79%=regular e abaixo de 59%=ruim.

INDICADOR 6 - QUALIDADE DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA

A atuação fisioterapêutica pode promover maior satisfação dos usuários com relação à qualidade da gestão devido à ampliação do acesso e resolubilidade das ações. O aumento da satisfação dos usuários é descrito na experiência exitosa de Sobral, Ceará, onde equipes com fisioterapeutas ampliaram o acesso da população ao SUS, o que gerou satisfação na população atendida^{31,47}.

A satisfação dos usuários com a atenção fisioterápica está bem documentada por pesquisadores: Bastiaens, Barten e Venhof³² apontam impacto sobre eficácia, qualidade e satisfação dos usuários. Moi et al.²² mencionam que a satisfação dos usuários é alta onde há atuação fisioterapêutica; e Masselli et al.²⁴ a mencionam como segura, custo-efetiva e que gera satisfação.

O indicador 6 identifica a qualidade da gestão da assistência com a medida grau de

satisfação do usuário. Para obter tal informação, o usuário será questionado sobre o grau de satisfação com a fisioterapia, com opções de respostas que vão desde muito satisfeito até nada satisfeito e com os seguintes parâmetros: muito satisfeito (acima de 75%) = bom, satisfeito (de 74 a 50%) = regular, pouco satisfeito (49% a 40%) e nada satisfeito (abaixo de 40%) = ruim. Tanto usuários com dor lombar crônica como usuários restritos ao domicílio ou seus cuidadores irão responder à referida questão.

INDICADOR 7 - OFERTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente é feita a partir de problemas enfrentados na realidade e processos de trabalho, sendo que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores devem ser pautadas pelas necessidades da população e operacionalização do SUS³⁴.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) considera a formação dos trabalhadores como componente decisivo para efetivação da política nacional de saúde, aumentando a qualidade de respostas às necessidades relacionadas à saúde da população³⁴. Albiero e Freitas³⁷ complementam que, para que se estabeleçam novas práticas e processos de trabalho, há necessidade de formação permanente, para que o conceito ampliado de saúde seja de fato incorporado na prática.

Nas atividades de educação permanente, há a dissolução de identidades, da forma de agir, configurando novas subjetividades acerca dos assuntos vivenciados. Na problematização do pensar-agir-perceber e de sua interpretação, emergem aprendizagens significativas³⁵. Além disso, a educação permanente, bem como o trabalho interdisciplinar, precisam ser constantes e conectados às reais necessidades do SUS para que sejam efetivos³⁶.

Portanto, considera-se que a oferta de educação permanente com carga horária garantida pode maximizar os impactos da qualidade da gestão, visto que fisioterapeutas poderão encontrar respostas para atender às principais

demandas dos usuários e suas expectativas com relação à saúde.

O indicador tem uma medida: oferta de educação permanente com carga horária garantida no último ano. Para obter a resposta do indicador, o fisioterapeuta será questionado se a gestão ofertou educação permanente com carga horária garantida no último ano, com opções de respostas e respectivos parâmetros: sim=bom, não=ruim.

DIMENSÃO 3 - AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

As ações de promoção da saúde contemplam ações que promovem a aprendizagem de diversos assuntos relacionados a saúde, que modifiquem o estilo de vida e as práticas cotidianas em direção a uma vida mais saudável.

INDICADOR 8 - MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO RELACIONADO AO ESTILO DE VIDA A PARTIR DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

A atuação fisioterapêutica pode promover autonomia na população usuária, pois as temáticas trabalhadas nos grupos podem aumentar a capacidade do indivíduo de tomar decisões assertivas e conscientes com relação a cuidados de saúde, gerando autonomia na tomada de decisão em saúde. Ações coletivas interdisciplinares possibilitam a apropriação de conhecimentos que são significativos e impactam em mudanças na vida dos usuários do sistema de saúde, facilitando a adoção de comportamentos relacionados à promoção da saúde^{39,40}. Bim et al.³⁸ também citam que as práticas de promoção da saúde podem ampliar a autonomia dos sujeitos, sendo potencial ferramenta para ampliar a resolutividade dos serviços de saúde.

O Indicador 8 tem uma medida: percepção sobre a modificação de comportamento e estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico, indicando se as ações de promoção de saúde impactaram na adoção de novos

comportamentos e estilo de vida. Para obter resposta para este indicador, o usuário com lombalgia será questionado: o tratamento de fisioterapia fez com que você adotasse hábitos mais saudáveis? Com opções de respostas e parâmetros: não=ruim e sim=bom; se modificou de 2 a 3 hábitos: sim=regular; se modificou apenas um hábito em saúde. Os hábitos considerados serão: passou a se movimentar mais, melhorou a qualidade do sono e melhorou a saúde mental.

E a pessoa restrita ao domicílio ou seu cuidador responderão à seguinte questão: o tratamento fisioterapêutico fez com que você tivesse oportunidade de ter maior interação com sua família? Com as seguintes opções de respostas e parâmetros: sim=bom, não=ruim.

INDICADOR 9 - QUALIDADE DE VIDA

Quando vista de forma focalizada, a qualidade de vida em saúde tem sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade, sendo que profissionais da saúde podem influenciar diretamente essas situações, aliviando sintomas como dor, mal-estar, minimizando consequências de doenças etc.⁴⁸.

Bornhoft et al.⁴³ analisaram a triagem realizada por fisioterapeutas com doenças musculoesqueléticas, demonstrando que o maior acesso a esse profissional levou a uma maior qualidade de vida relacionada à saúde. Ho-Henriksson et al.⁴², ao contemplarem a perspectiva do fisioterapeuta como avaliador primário, também citam que sua atuação impactou a qualidade de vida de pacientes. Ganhos em qualidade de vida com atuação fisioterapêutica também são descritos no estudo de Babatunde et al.⁴¹, Bishop et al.⁴⁴, Gardner et al.⁴⁵.

O Indicador 9 identifica com uma medida a percepção do usuário sobre qualidade de vida. Para obter resposta para esse indicador, o usuário com lombalgia crônica

será questionado: você se considera mais ativo em sua comunidade ou que melhorou sua participação em atividades sociais? O usuário restrito ao domicílio ou seu cuidador será questionado: você considera que melhorou sua interação com outras pessoas da família e fora dela? As duas questões têm as seguintes opções de respostas e parâmetros: sim=bom, não=ruim.

Além das opções de respostas, todos os indicadores têm um 'campo aberto para observações', para que o avaliador registre os fatores relacionados às respostas identificadas.

Julgamento das dimensões

PONTUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES

No julgamento de cada dimensão, foram atribuídas pontuações e as qualificações 'boa', 'regular' ou 'ruim'. A classificação da pontuação da dimensão e o julgamento da dimensão estão apresentados no *quadro 3*.

As dimensões serão julgadas considerando a pontuação máxima possível de ser atingida. Na dimensão 01 – Ações assistenciais –, o parâmetro e a pontuação para opção de resposta em cada medida é: bom=4 pontos, regular=2 pontos, ruim=0 ponto, com possibilidade de pontuação máxima de 20 pontos.

Na dimensão 02 – Ações de gestão: bom=3 pontos, regular=2 pontos e ruim=1 ponto, com possibilidade de pontuação máxima de 12 pontos.

Na dimensão 03 – Ações de Promoção da Saúde: bom=2 pontos, regular=1 ponto e ruim=0, com pontuação máxima de 8 pontos.

A matriz considerará para lançamento as respostas com predomínio. Em questões para as quais só há duas opções de respostas, sendo elas sim=bom e não=ruim, quando houver empate, deverá ser considerada a classificação regular, somando 1 ponto.

Quadro 3. Classificação da pontuação das dimensões e julgamento da dimensão e juízo de valor da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica

Dimensão	Classificação pontuação	Julgamento da Dimensão
1. Ações assistenciais Pontuação máxima: 20 pontos	Muito bom = de 18 até 20 Bom = 14 a 17 Regular = 9 a 13 Ruim = 0 a 8 Se fizer acima de 18 pontos e for ruim em algum indicador, será regular	Muito Bom = 4 pontos Bom = 3 pontos Regular = 2 pontos Ruim = 0 ponto
2. Ações de Gestão Pontuação máxima: 12 pontos	Bom = 10 a 12 Regular = 7 a 9 Ruim = de 0 a 6 Se fizer 10 pontos e for ruim em algum indicador, será regular	Bom = 2 pontos Regular = 1 ponto Ruim = 0 ponto
3. Ações de promoção da saúde Pontuação máxima: 8 pontos	Bom = acima de 7 pontos Regular = 5 a 6 pontos Ruim = 0 e 4 Se fizer acima de 5 pontos e for ruim em algum indicador, será regular	Bom = 2 pontos Regular = 1 ponto Ruim = 0 ponto
Efetiva	Parcialmente efetiva	Não efetiva
Pontuação final de 7 a 8, com mínimo 3 em assistencial (sem possibilidade de ser efetiva se for ruim em alguma das três dimensões)	5 a 6 pontos (sem possibilidade de ser efetiva se for ruim em alguma das três dimensões)	Abaixo de 5 pontos

Fonte: elaboração própria.

Discussão

A dimensão ‘ações assistenciais’ contemplou três indicadores: redução da sintomatologia e melhora da independência física funcional, modificação na dependência física funcional da pessoa restrita ao domicílio e modificação no uso de medicamentos.

Entende-se que uma atuação fisioterapêutica efetiva deve impactar em sintomas de lombalgia crônica e, como consequência, na realização de atividade de vida diária de pessoas com lombalgia, bem como promover o uso mais consciente de medicamentos, visto que diversos pesquisadores relatam tais impactos referentes à atuação fisioterapêutica na ABS^{20,21,23,26}.

Além disso, a atuação fisioterapêutica efetiva deve impactar em aspectos relacionados a dependência física funcional de pessoas restritas ao domicílio, auxiliando a pessoa ou cuidador com orientações que possam promover melhor manuseio e facilitar a troca de posturas, melhorando

a realização das atividades de vida diárias e evitando consequências relacionadas a imobilização, como doenças respiratórias, úlceras de pressão e problemas circulatórios²⁶.

Todas as ações são baseadas na realidade da comunidade e concebem todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão^{26,49,50}. Tal fato é imprescindível nas intervenções domiciliares, onde o ambiente em que o sujeito reside é considerado durante o processo de reabilitação e educação e promoção da saúde, ampliando as fronteiras de intervenção profissional, pois passa-se a conhecer a realidade social, cultural e econômica da família^{7,49,51}.

A dimensão ‘Ações de gestão’ contempla quatro indicadores, sendo eles: resolutividade da assistência fisioterapêutica na ABS em usuários com condições crônicas, garantia do cuidado a pessoas restritas ao domicílio, qualidade da gestão da assistência e oferta de educação permanente.

Argumenta-se que uma atuação fisioterapêutica efetiva é resolutive e, portanto, as intervenções propostas reduzem o encaminhamento para outros níveis de atenção, impactando em uma maior retenção de usuários na ABS. Segundo pesquisadores, a atuação fisioterapêutica articulada, multimodal e interdisciplinar, valorizando e redefinindo epistemologicamente o campo científico da profissão, torna-se comprometida com o contexto social e sanitário do qual faz parte, visando à integralidade e à universalidade em suas ações e tornando-se mais resolutive em suas ações, fortalecendo a ABS^{7,26,52,53}.

Com relação ao acesso a pessoas restritas ao domicílio, segundo Cruz et al.²⁹, a inserção do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar na ABS pode ser percebida por gestores, trabalhadores da ABS e fisioterapeutas como uma solução para as dificuldades de acesso a esse profissional nos serviços especializados. Os pesquisadores complementam que o atendimento domiciliar pode ser considerado um modelo alternativo de assistência fisioterapêutica, favorecendo o acesso a esse serviço, especialmente para pessoas com dificuldade de acesso.

Já a qualidade da assistência é refletida na satisfação do usuário com relação à atuação fisioterapêutica, visto que pesquisas de satisfação retratam as condições dos serviços oferecidos aos usuários e envolvem questões relacionadas desde à estrutura até ao processo de cuidado em saúde. Agilidade para agendamento e atendimento, acolhimento, confiança, humanização do cuidado, eficácia do tratamento e expectativa sobre os serviços estão atrelados a satisfação⁵⁴. Nesse sentido, Albiero e Freitas³⁷ mencionam que a gestão tem como papel base a busca da melhoria da atenção prestada à população, sendo responsável pela organização da oferta de serviço e pela ampliação de acesso, potencializando, assim, a resolubilidade da atenção e a satisfação dos usuários.

Além disso, novos arranjos e ferramentas de trabalho demandam novas compreensões do trabalho em saúde e um processo

que possibilite aos profissionais que atuam frente aos desafios encontrados. Por isso, no âmbito da ABS, ações de educação permanente são essenciais e devem ser incorporadas na rotina do SUS; no entanto, há a necessidade de sensibilizar gestores a assumirem a educação permanente como uma ação inerente à atenção à saúde, haja vista que a formação inadequada tem implicações sobre o desenvolvimento e a qualidade da atenção prestada⁵⁵.

A dimensão 'Promoção da saúde' contempla dois indicadores: 'modificação de comportamento relacionado ao estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico' e 'qualidade de vida', pois estudos demonstram que a atuação fisioterapêutica na ABS vai além da assistência, na medida em que atua em ações de prevenção, promoção e educação em saúde, almejando a melhora da qualidade de vida da população^{50,56,57}.

Pesquisadores citam que as intervenções em grupo na ABS impactam hábitos de saúde, como sono, condições afetivas e funcionais, preservando o desenvolvimento da autonomia dos usuários do sistema de saúde^{7,50}.

Considerações finais

A construção do modelo da avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS contou com três processos distintos e complementares: revisão de literatura emergente, entrevistas com especialistas da área e Conferência de Consenso com *experts*.

A matriz consta de 3 dimensões e 9 indicadores, visando a identificar a efetividade da atuação fisioterapêutica em aspectos assistenciais, gerenciais e de promoção da saúde e da qualidade de vida.

O modelo será testado em 6 municípios do estado de Santa Catarina de diferentes portes e presença e ausência de rede hospitalar, a fim de verificar sua aplicabilidade, necessidades de ajustes, possíveis limitações e possibilidade de ser aplicado em diferentes contextos em maior escala.

Com relação às limitações deste estudo, uma possível é ter sido ouvido um número reduzido de especialistas, embora todos tenham experiência e acúmulo científico na área de atenção fisioterapêutica, em atenção básica e avaliação em saúde. Outra limitação diz respeito à forma de medir os desfechos e o modelo teórico, que são coerentes, mas ainda não foram aplicados na prática. Pesquisas futuras poderão considerar ajustes e a melhor forma de medir os indicadores.

Ao considerar o momento atual do País onde o SUS é ameaçado devido a políticas de austeridade fiscal, identificar e avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS poderá potencializar melhorias nesse processo e alertar gestores e autoridades para as reais necessidades de melhorias na oferta desse serviço à população.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), devido à concessão de bolsa de doutorado para Joyce Ribeiro Rothstein (Processo nº 88882.437589/2019-01).

Colaboradores

Rothstein JR (0000-0002-8303-0381)*, Albiero JFG (0000-0002-9042-395X)* e Freitas SFT (0000-0002-8904-5998)* contribuíram para concepção e desenho da obra; análise e interpretação de dados; elaboração do trabalho e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. 2021. [acesso em 2017 jan 2]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.
2. Carvalho MN, Gil CRR, Dallacosta EMO, et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na atenção básica de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2017 jan 2]; 23(1):295-302. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>.
3. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2022 jan 3]; 29(2):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-4974202000200024>.
4. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, et al. As mudanças na política de atenção primária e a insustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*. 2023 [acesso em 2021 abr 3]; 47(137):13-30. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7841>.
5. Fonseca MA, Rodrigues JP, Mascarenhas MTM, et al. Fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2016 [acesso em 2021 jun 20]; 29(2):288-94. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p288>.
6. Giovannella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 jan 3]; 34(8):e00029818. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>.
7. Calvo MCM, Henrique F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- JL, editors. *A Odontologia e a estratégia da saúde da família*. 1. ed. Tubarão: Unisul; 2006. p. 115-39.
9. Tanaka OY, Melo C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp; 2001. 85 p.
 10. Nickel DA. *Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal*. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. 89 p. [acesso em 2024 jan 17]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106618/314620.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 11. Kovalski DF. *A relevância como critério de avaliação da gestão em saúde*. Curitiba: Editora CRV; 2018. 121 p.
 12. Contandriopoulos AP, François C, Denis JL, et al. *Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: Hartz ZMA, editor. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
 13. Kovalski DF, Colussi CF, Freitas SFT, et al. *Contribuições de Benno Sander para a Avaliação da Gestão em Saúde*. *Rev Enfer*. 2010 [acesso em 2021 jun 20]; 6(7-6):31-46. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/720>.
 14. Scaratti D, Calvo MCM. *Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde*. *Rev. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2021 fev 20]; 46(3):446-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000034>.
 15. Buch FWP. *Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina*. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 112 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129344/328409.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 16. Ritchie J, Spencer L. *Análise de dados qualitativos para pesquisa de política aplicada*. In: Bryman A, Burgess RG. *Análise de dados qualitativos*. London: Routledge; 2002. p. 187-208.
 17. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. *Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil*. In: Hartz ZMA, Silva LMV, editores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
 18. Brasil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
 19. Brasil. *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*. 21 Set 2017.
 20. Bispo Júnior JP. *Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 2021 fev 20]; 15(sup1):1627-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>.
 21. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, et al. *Direct access in physical therapy: a systematic review*. *Clin Ter*. 2018 [acesso em 2021 jun 22]; 169(5):249-60. Disponível em: <https://doi.org/10.7417/ct.2018.2087>.
 22. Moi JHY, Phan U, Gruchy A, et al. *Is establishing a specialist back pain assessment and management service in primary care a safe and effective model? Twelve-month results from the Back pain Assessment Clinic BAC prospective cohort pilot study*. *BMJ Open*. 2018 [acesso em 2021 dez 12]; 8:e019275. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019275>.
 23. López-Liria R, Vega-Ramírez FA, Aguilar-Parra JM, et al. *Evaluation of the Effectiveness of a Nursing/Physiotherapy Program in Chronic Patients*. *Int j environ res public health*. 2019 [acesso em 2021

- mar 20]; 16(12):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph16122236>.
24. Maselli F, Piano L, Cecchetto S, et al. Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 [acesso em 2024 jan 17]; 19(1):555. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010555>.
 25. Zhang SK, Yang Y, Gu ML, et al. Effects of Low Back Pain Exercises on Pain Symptoms and Activities of Daily Living: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Percept Mot Skills*. 2022 [acesso em 2021 jun 21]; 129(1):63-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00315125211059407>.
 26. Nordi ABA, Aciole GG. Ampliando a Família da Saúde: ações de fisioterapia na Atenção Primária. *Cad. Educ. Saúde Fisio*. 2020 [acesso em 2021 mar 20]; 7(13):1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2358-8306.v7n13.a10>.
 27. Babatunde F, MacDermid J, MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2017 [acesso em 2021 jun 20]; 17:375. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>.
 28. Mota DM, Melo JRR, Freitas DRC, et al. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 [acesso em 2021 jun 21]; 17(1):61-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100009>.
 29. Cruz AP, Brito EGG, Barbalho LSS, et al. Fisioterapia nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: uma revisão de literatura. *Rev. de Aten. à Saúde*. 2021 [acesso em 2021 fev 11]; 19(69):135-49. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n69.7875>.
 30. Püschel VAA, IDE CAC, Chaves EC. Competências psicossociais para an assistência domiciliar. *Rev. Bras. Enferm*. 2005 [acesso em 2021 mar 20]; 58(4):466-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400017>.
 31. Oliveira G, Andrade ES, Santos ML, et al. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica. *Rev. Bras. de Prom. da saúde*. 2011 [acesso em 2021 mar 20]; 24(4):332-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/2090>.
 32. Bastiaens F, Barten DJ, Veenhof C. Identifying goals, roles and tasks of extended scope physiotherapy in Dutch primary care – an exploratory, qualitative multi-step study. *BMC Health Serv Res*. 2021 [acesso em 2021 jan 22]; 21(19):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05986-w>.
 33. Goodwin RW, Hendrick PA. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Prim Health Care Res. Dev*. 2016 [acesso em 2021 jun 21]; 17(5):489-502. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1463423616000189>.
 34. Brasil. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. 20 Ago 2007.
 35. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2004 [acesso em 2021 jan 22]; (14)1:41-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
 36. Ghizoni AC, Arruda MP, Tesser CD. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte. *Interface (Botucatu)*. 2010 [acesso em 2021 jun 21]; 14(35):825-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-328320100005000023>.
 37. Albiero JFG, Freitas SFT. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2021 fev 15]; 41(114):753-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711407>.
 38. Bim CR, Carvalho BG, Trelha CS, et al. Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. *Fisiot. Mov*. 2021 [acesso em 2021 fev 22]; 34:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2021.34109>.

39. Combinato DS, Vecchia MD, Lopes EG, et al. "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc.* 2010 [acesso em 2021 fev 22]; 22(3):558-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000300016>.
40. Friedrich TL, Petermann XB, Miolo SB, et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface – Com., Saúde, Edu.* 2017 [acesso em 2021 ago 22]; 22(65):373-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0833>.
41. Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, et al. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS One.* 2020 [acesso em 2021 fev 15]; 15(7):e0235364. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>.
42. Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, et al. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care – a cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022 [acesso em 2021 fev 18]; 23(260):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05201-3>.
43. Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019 [acesso em 2021 mar 22]; 20(186):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2553-9>.
44. Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: a pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open.* 2017 [acesso em 2021 abr 12]; 7:e012987. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012987>.
45. Gardner T, Refshauge K, McAuley J, et al. Patient-led Goal Setting. *Spine (Phila Pa 1976).* 2016 [acesso em 2021 jun 12]; 41(18):1405-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/brs.0000000000001545>.
46. Secoli SR, Nita ME, Ono-Nita SK, et al. Avaliação de tecnologia em saúde II. A análise de custo-efetividade. *Arq. Gastroenterol.* 2010 [acesso em 2021 jun 3]; 47(4):329. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032010000400002>.
47. Ribeiro CD, Soares MCF. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2014 [acesso em 2021 jan 22]; 36(2):117-23. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v36n2/07.pdf>.
48. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva.* 2000 [acesso em 2021 fev 13]; 5(1):7-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200000100002>.
49. Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010 [acesso em 2021 abr 2]; 15(4):2155-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400029>.
50. Ribeiro CD, Soares MCF, Baisch ALM. Caminhos da atenção em fisioterapia: a inserção na atenção básica. *Braz. J. Develop.* 2021 [acesso em 2021 dez 2]; 7(2):14991-007. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-224>.
51. Medeiros PA, Pivetta HMF, Mayer MS. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. *Trab. Educ. Saúde.* 2012 [acesso em 2021 fev 2]; 10(3):407-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000300004>.
52. Soares G, Bezerra M. Estratégias, possibilidades e conquistas da fisioterapia na atenção primária à saúde: estudo de caso. *Rev Fisioter S Fun.* 2014 [acesso em 2021 jan 3]; 3(1):45-52. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/fisioterapiaesaudefuncional/article/view/20582>.
53. Simoni DE, Carvalho JB, Moreira AR, et al. A formação educacional em fisioterapia no Brasil: fragmentos

- históricos e perspectivas atuais? *Hist. enferm. Rev. eletrônica*. 2015 [acesso em 2021 jan 3]; 6(1):10-20. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1029011>.
54. Machado N, Nogueira L. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev. Bras. de Fisio*. 2008 [acesso em 2021 fev 2]; 12(5):401-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-3552008000500010>.
55. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2021 fev 3]; 33(9):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>.
56. Ferrer MLP, Silva AS, Silva JRK, et al. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. *Fisioter. Pesq*. 2015 [acesso em 2021 fev 2]; 22(3):223-30. Disponível em: <https://doi.org/10.590/1809-2950/13038422032015>.
57. Graniço AS, Martins ACG, Araújo VB, et al. A Fisioterapia como instrumento modificador nos hábitos de vida diária de uma população desfavorecida da região serrana/RJ. *Cad. de Edu., Saúde Fisio*. 2018 [acesso em 2021 fev 2]; 5(10). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2022>.

Recebido em 01/07/2023

Aprovado em 26/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Bolsa de doutorado para Joyce Ribeiro Rothstein (Processo nº 88882.437589/2019-01)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos