



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Joyce Ribeiro Rothstein

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS, SC

2023

Joyce Ribeiro Rothstein

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para o título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Sérgio Fernando Torres de Freitas, Dr.

Coorientador: Prof. José Francisco Gontan Albiero, Dr.

FLORIANÓPOLIS, SC

2023

Rothstein, Joyce Ribeiro

Avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica à saúde / Joyce Ribeiro Rothstein ; orientador, Sérgio Fernando Torres de Freitas, coorientador, José Francisco Gontan Albiero, 2023.

188 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva. 3. Atenção Básica. 4. Fisioterapia. 5. Avaliação. I. Freitas, Sérgio Fernando Torres de . II. Albiero, José Francisco Gontan. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

JOYCE RIBEIRO ROTHSTEIN

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 03 de agosto de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Gabriella de Almeida Raschke Medeiros, Dr.(a)
Instituição Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Prof. Marcus Vinicius Marques de Moraes, Dr.
Instituição Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB

Prof.(a) Claudia Flemming Colussi, Dr.(a)
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutorado em Saúde Coletiva.



Profa. Marta Inez Machado Verdi Dra.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof. Sérgio Fernando Torres de Freitas Dr.
Orientador

Florianópolis, 2023.

Aos meus filhos, Samuel e Ester.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sua infinita bondade e amor.

Ao meu marido Orlando José Rothstein, por todo auxílio e incentivo nessa caminhada. Aos nossos filhos, Samuel Ribeiro Rothstein e Ester Ribeiro Rothstein que me acompanharam durante todo esse processo.

Aos meus pais que sempre me incentivaram a não desistir e me permitiram concluir disciplinas de doutorado durante a pandemia, nos acolhendo em sua casa em Fraiburgo e auxiliando nos cuidados com as crianças.

Ao meu orientador, professor Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas agradeço por toda sua condução paciente e respeitosa, respondendo sempre prontamente às minhas dúvidas e demandas, me conduzindo em minhas limitações com paciência e cordialidade.

Ao meu coorientador, professor Dr. José Francisco Gontan Albiero que me ensinou que devemos fazer aquilo que “dá taquicardia” e permitiu desde a graduação despertar minha paixão pela pesquisa com o desenvolvimento do TCC “Educação em Saúde no Infarto Agudo do Miocárdio: uma atuação fisioterapêutica”.

Aos demais professores que me acompanharam nessa trajetória, em especial à professora Dra. Claudia Flemming Colussi pelas suas contribuições e sua acolhida durante a disciplina de estágio docência.

Ao Fisioterapeuta Dr. Fernando Mendes Massignan e a Fisioterapeuta Dra. Gabriella de Almeida Raschke Medeiros pelas ricas discussões sobre a temática “Fisioterapia na Atenção Básica”.

Aos Especialistas que aceitaram o convite para participar da Conferência de Consenso.

Às amigas que mesmo longe sempre estiveram perto e me acompanharam desde o anseio a iniciar o doutorado, seu processo até sua etapa final, especialmente minhas amigas Emanuelle Marcos e Luciana Mazon.

Às minhas queridas amigas do “quarteto fantástico”, Ana Caroline Secco, Rafaela Souza e Larissa Weber, com as quais compartilhei disciplinas, trabalhos, qualificação e muitos momentos de angústias e risos.

Às Secretarias da Saúde dos municípios participantes da pesquisa. A todos os profissionais e usuários que participaram desta pesquisa e contribuíram para o desenvolvimento científico desta importante área de atuação.

À Banca Examinadora por dedicar seu tempo com contribuições para a qualificação desta tese.

Ao PPGSC/UFSC e a CAPES, pela oportunidade de concluir a pós-graduação em uma universidade pública e de qualidade.

Muito obrigada!

Certamente a tua bondade e o teu amor
ficarão comigo enquanto eu viver.
Salmos 23:6.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS), elemento central para garantia do direito universal à saúde, foi denominada de Atenção Básica (AB) durante o processo de sua implantação no Brasil, para diferenciar políticas propostas pelo movimento sanitário das estratégias difundidas internacionalmente. No Brasil, estruturou-se a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF); posteriormente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), viabilizando a integração de diferentes categorias profissionais e promoveram a aproximação formal do fisioterapeuta com a AB buscando o compartilhamento da assistência com atividades de promoção, prevenção e educação em saúde. No entanto, o contexto atual tem apresentado grandes desafios. O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, associadas às consequências da pandemia do novo coronavírus, somadas à crise econômica, impactam nos determinantes sociais de saúde e o fim do financiamento da equipe NASF-AB pelo programa Previne Brasil, exigem maior vigilância em relação a cuidados integrais e longitudinais da população. Diante de tais fatos, avaliações desse âmbito de atenção podem estabelecer a capacidade de resposta a políticas, programas e serviços voltados às necessidades da população. O objetivo desta pesquisa foi de avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, qualitativa. A construção do Modelo de avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB contou com três processos distintos e complementares: revisão de literatura, entrevistas com especialistas da área, Conferência de Consenso com “*experts*”. A Matriz consta de três dimensões e nove indicadores, visando avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica em aspectos assistenciais, gerenciais e de promoção da saúde. A Matriz foi aplicada em seis municípios da macrorregião da Grande Florianópolis com e sem a presença de rede hospitalar, selecionados de forma intencional e classificados segundo a seguinte tipologia de atuação: tipo 1- Equipe multidisciplinar com fisioterapeuta; tipo 2- Equipe multidisciplinar com Fisioterapeuta terceirizado/credenciado - equipes multidisciplinares que não possuem fisioterapeuta na equipe e para suprir a demanda de fisioterapia na AB contam com suporte técnico de clínicas credenciadas; tipo 3 - mista (abarca os tipos 1 e 2), contando com fisioterapeuta próprios e também terceirizados/credenciados. Foram entrevistados fisioterapeutas, gestores e usuários com dor lombar crônica e restritos ao domicílio. Três municípios foram parcialmente efetivos, dois do tipo 1 e outro 2; os demais foram considerados não efetivos. Os fatores determinantes para a não efetividade estiveram associadas as dimensões “ações de gestão” e “promoção da saúde”, o que demonstrou a necessidade de uma maior oferta de educação permanente as equipes, o aumento da resolubilidade a usuários com condições crônicas bem como a ampliação de acesso a usuários restritos ao domicílio e aumento de impacto sobre aspectos relacionados a modificações no estilo de vida e qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: avaliação; efetividade; fisioterapia; atenção básica à saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC), a central element for guaranteeing the universal right to health, was called Basic Health Care (PH) during the process of its implementation in Brazil, to differentiate policies proposed by the health movement from strategies disseminated internationally. In Brazil, it was structured based on the Family Health Strategy (FHS); later, the Family Health Support Centers (NASF), enabling the integration of different professional categories and promoted the formal approach between physiotherapists and PH, seeking to share assistance with health promotion, prevention and education activities. However, the current context has presented major challenges. The increase in chronic non-communicable diseases, associated with the consequences of the new coronavirus pandemic, added to the economic crisis, impacts on social determinants of health and the end of funding for the NASF-AB team through the *Previne Brasil* program, requires greater vigilance in relation to comprehensive and longitudinal care for the population. Given these facts, assessments of this scope of care can establish the capacity to respond to policies, programs and services aimed at the needs of the population. The objective of this research was to evaluate the effectiveness of physical therapy in PH. This is an evaluative, qualitative research. The construction of the model for evaluating the effectiveness of physiotherapeutic performance in PH included three distinct and complementary processes: literature review, interviews with specialists in the field, Consensus Conference with “*experts*”. The Matrix consists of three dimensions and nine indicators, aiming to evaluate the effectiveness of physiotherapeutic action in care, management and health promotion aspects. The matrix was applied in six municipalities in the macroregion of Great Florianópolis with and without the presence of a hospital network, selected intentionally and classified according to the following type of activity: type 1 - Multidisciplinary team with physiotherapist; type 2 - Multidisciplinary team with outsourced/accredited physiotherapist - multidisciplinary teams that do not have a physiotherapist on the team and to meet the demand for physiotherapy in PH rely on technical support from accredited clinics; type 3 - mixed (covers types 1 and 2), with its own physiotherapists and also outsourced/accredited physiotherapists. Physiotherapists, managers and users with chronic low back pain and confined to their homes were interviewed. Three municipalities were partially effective, two type 1 and one type 2; the rest were considered non-effective. The determining factors for non-effectiveness were associated with the dimensions “management actions” and “health promotion”, demonstrating the need for greater provision of ongoing education for teams, increased resolubility for users with chronic conditions and expanded access to restricted users at home, as well as an increased impact on aspects related to changes in the lifestyle and quality of life of this population.

Keywords: evaluation; effectiveness; physiotherapy; basic health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Paradigma multidimensional de análise de sistemas educacionais de Benno Sander	26
Figura 2 - Qualidade da gestão em saúde - NEPAS	28
Figura 3 - Modelo Teórico-Lógico dos serviços públicos de fisioterapia.....	41
Figura 4 - Modelo Teórico-Lógico da Avaliação da Atuação do Fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina de Buch (2014)	42
Figura 5 - Modelo Teórico da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica à Saúde	53
Figura 6 - Modelo Teórico-Lógico para avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz Avaliativa da avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica	75
Quadro 2 - Classificação da pontuação das dimensões e julgamento da dimensão e da Matriz.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estratégias e resultados das buscas nas bases de dados	47
Tabela 2 - Dados populacionais das cidades da macrorregião da Grande Florianópolis, número de hospitais gerais e tipo de atenção fisioterapêutica oferecida para a Atenção Básica em Saúde	57
Tabela 3 - Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica por distrito do município 1	62
Tabela 4 - Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica do município 2.....	65
Tabela 5 - Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica do município 3.....	68
Tabela 6 - Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica por distrito do município 4.....	70
Tabela 7 - Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica do município 6.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD1	Atenção Domiciliar 1
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CS	Centro de Saúde
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DL	Dor lombar
EAP	Equipe de Atenção Primária à Saúde
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EQ-5D-5L	Quality-of-Life Questionnaire
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GROC	Estado de Saúde Global Rating of Change
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M1	Município 1
M2	Município 2
M3	Município 3
M4	Município 4
M5	Município 5
M6	Município 6
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção básica
NEPAS	Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
NESP	Núcleo de Educação Permanente

OA	Osteoartrite
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo trabalho para saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPGSC	Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
PROMS	Patient-reported outcome measures (PROMs)
QALYs	Anos de vida ajustados pela qualidade
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Restritos ao domicílio
SARSCoV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SF36	Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEPA	Universidade Estadual do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE	22
3.1.1	O Paradigma Multidimensional de Benno Sander	25
3.1.2	O Paradigma de Michael Scriven	27
3.2	A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA	29
3.3	A FISIOTERAPIA EM UMA PERSPECTIVA AVALIATIVA	39
3.4	A EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PELA LITERATURA EMERGENTE	43
4	MÉTODO	45
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	45
4.2	REVISÃO DE LITERATURA	45
4.2.1	Estratégia de busca	46
4.2.2	Seleção e análise dos estudos	48
4.2.3	Visualização e Mapeamento dos dados	50
4.3	ENTREVISTA COM ESPECIALISTAS	50
4.4	CONFERÊNCIA DE CONSENSO	51
4.4.1	Modelo Teórico e Modelo Teórico-Lógico	52
4.5	ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS	56
4.5.1	Seleção dos Casos	56
4.5.2	Casos - Tipologia	57
4.5.3	Descrição dos Casos	58
4.6	FONTE DE EVIDÊNCIAS E COLETA DE DADOS	74
4.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS	78
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	79
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	80
5.1	ARTIGO 1- ELEMENTOS E INDICADORES DA EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA	81

5.2	ARTIGO 2 - MODELO PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA	108
5.3	ARTIGO 3 - AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	132
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
	REFERÊNCIAS.....	159
	APÊNDICE A - MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA FISIOTERAPEUTAS DA AB	176
	APÊNDICE B - MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS GESTORES DA AB	178
	APÊNDICE C - RATIONALES.....	179
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	183

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS), como é denominada no Brasil (CAMPOS *et al.*, 2008), representa um dos três níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e se caracteriza por um conjunto de ações que visam à promoção e proteção da saúde, à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção à saúde (BRASIL, 2012a; DE CARVALHO *et al.*, 2018). Constitui a aposta central para produzir a transformação e regulação do sistema de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Visa o acesso universal, a proteção social, e produz respostas às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um amplo conjunto de riscos de doenças, promovendo comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigando danos sociais e ambientais relacionados à saúde (CECILIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018).

Com o objetivo de promover a reorganização das ações da Atenção Básica (AB), o Ministério da Saúde (MS) implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), posteriormente denominados de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), segundo orientações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), integrando outras categorias profissionais nas equipes de Atenção Básica de acordo com as necessidades de cada território (TANAKA; RIBEIRO, 2009; BRASIL, 2011, 2017; PAIM *et al.*, 2011; DE CARVALHO *et al.*, 2018; FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013)

Na busca pela consolidação dos princípios da AB, fisioterapeutas apresentam relevante taxa de crescimento nacional entre os profissionais cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), estando entre as cinco profissões mais frequentes no SUS (DATASUS, 2021, 2022) e compõem as equipes multiprofissionais, compartilhando demandas com médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários e outros profissionais (DE CARVALHO *et al.*, 2018). Segundo Fonseca *et al.* (2016), os fisioterapeutas buscam, em sua atuação, ressignificar e reformular o seu olhar, de tal forma que a reabilitação compartilhe espaço com atividades de promoção, educação em saúde, prevenção de riscos e venha a se desvincular do paradigma da assistência, aproximando-se da AB.

Estudos demonstram que apesar das dificuldades enfrentadas por fisioterapeutas na AB, tais como o déficit de infraestrutura e materiais (DE OLIVEIRA BRASIL *et al.*, 2005; TRELHA *et al.*, 2007; FILHO DIBAI; CHAVES AVEIRO, 2012), desconhecimento da população e de gestores sobre a função do fisioterapeuta (DE OLIVEIRA BRASIL *et al.*, 2005), e falta de formação específica para o trabalho interdisciplinar (ROCHA; KRETZER, 2009; LANGONI; VALMORBIDA; RESENDE, 2012), a atuação fisioterapêutica tem apresentado resultados positivos (FONSECA *et al.*, 2016) e identificou-se de suma importância sua atuação junto a ESF (TRELHA *et al.*, 2007).

Estudos também apontam que intervenção fisioterapêutica na AB está atrelada à redução de sintomas e de medicalização da população, e ao aumento da satisfação de usuários, bem como, ao aumento da resolubilidade das intervenções de educação em saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2012; LANGONI; VALMORBIDA; RESENDE, 2012).

O contexto atual exige uma maior vigilância em relação aos cuidados integrais e longitudinais da população, visto que se vive em um país onde à crise econômica impacta em determinantes sociais de saúde, onde viveu-se recentemente uma pandemia (pandemia do novo coronavírus - SARSCoV-2) e mantêm-se os desafios associados ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (CECILIO; REIS 2018; GIOVANELLA, 2018; NILSON *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

O SUS tem avanços consistentes reconhecidos desde sua criação (PINTO; GIOVANELLA, 2018); no entanto, mesmo com reconhecida prioridade para alocação efetiva e eficiente de recursos em saúde, medidas de austeridade fiscal têm levado ao subfinanciamento e falta de recursos, que ameaçam sua expansão e sustentabilidade. Além da Emenda Constitucional 95 e da Portaria Ministerial no. 2979/2019, a Nota Técnica no. 3/2020, que trata do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil, altera questões relacionadas à vinculação de profissionais ao NASF-AB (BRASIL, 2020).

Tendo em vista que a AB funciona num contexto de desigualdades sociais e passa por escassez de recursos que impactam inclusive na composição de suas equipes, avaliações nesse âmbito de atenção podem reforçar a necessidade de políticas, programas e serviços que sejam capazes de atender às necessidades da população (FACCHINI *et al.*, 2008). No mesmo sentido, considerando o caráter do

processo avaliativo para suporte do planejamento e do processo decisório (CALVO; HENRIQUE, 2006), a pesquisa avaliativa pode subsidiar não apenas o fortalecimento da atuação fisioterapêutica nas equipes, mas da própria AB, fato relevante considerando que tal modelo sofre tantos ataques e há a necessidade de seu fortalecimento e expansão. Desta forma, reitera-se a defesa da perspectiva da integralidade em detrimento a modelos fragmentados e restritos (CECILIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018).

Para Deslandes (1997), avaliar é uma estratégia para mudar a práxis, viabilizar escolhas, planejar e melhorar a qualidade do serviço. Tanaka e Melo (2001) citam que a avaliação é um valor assumido pelo julgamento realizado com base em critérios previamente definidos, com o objetivo de orientar o desenho de políticas que busquem a melhoria de serviços de saúde (TANAKA, MELO, 2001). Quando institucionalizada, permite aperfeiçoar resultados de acordo com o contexto em que se insere, corrigindo problemas detectados e possibilitando a conquista de novas metas. Trata-se de uma importante ferramenta de gestão nas esferas do governo e contribui para a qualificação da atenção à saúde (NICKEL, 2008).

Dessa forma, observa-se escassez de estudos que avaliem a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB. Nos últimos anos, a atuação em tal cenário contemplou relatos de caso, revisões sistemáticas e estudos de caráter clínico, o que evidencia uma deficiência metodológica quando se trata do ponto de vista da avaliação para o planejamento e gestão, afinal, encontra-se na maioria dos casos pesquisas normativas.

As pesquisas normativas visam o julgamento sobre intervenção, compara recursos empregados e serviços ou bem produzidos, bem como resultados obtidos com critérios e normas existentes (FIGUEIRÓ, FRIAS, NAVARRO, 2010), no entanto, a avaliação normativa em saúde não ultrapassa a análise de mérito (eficácia e eficiência) das ações, não sendo contemplados aspectos de qualidade dos serviços que estejam relacionados ao seu valor, efetividade e relevância (KOVALESKI, 2018).

Diante de tal fato, o presente estudo pretende contribuir na redução desta lacuna, visto que desde a virada do século XX se reconhece o fato de que métodos de avaliação são necessários para auxiliar a definir diretrizes e estratégias para a efetivação do sistema de saúde (MOREIRA, 2002). Além disso, a inovação, na busca

da sustentação de mudanças e políticas estruturais na AB, remete à necessidade da avaliação da efetividade (UCHÔA *et al.*, 2018).

Ribeiro, Soares e Baish (2021), citam que a inserção de fisioterapeutas na AB ainda não é uma realidade em todos os Estados do Brasil e há a necessidade de verificar se a inserção desse profissional é capaz de atender às necessidades da população em uma perspectiva integral.

Portanto, assumindo o conceito elaborado por Contandriopoulos *et al.* (1997) de que a “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” e o conceito publicado por Davok (2006) que foi transposto para a área da saúde em 2007 por Scaratti e adaptado por Kovalski *et al.* (2011) de que a “efetividade ultrapassa aspectos técnicos e sanitários, para incluir aspectos políticos relacionados às expectativas individuais e coletivas em relação à saúde, maximizando a qualidade da gestão em saúde”, questiona-se: **A atuação fisioterapêutica na AB é efetiva? Qual o grau de efetividade de tal atuação?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica em municípios do Estado de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer os elementos e indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB, pela literatura emergente;
- Desenvolver um Modelo Teórico-Lógico e uma Matriz Avaliativa da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB;
- Testar um Modelo Teórico-Lógico e a Matriz Avaliativa da atuação fisioterapêutica na AB;
- Emitir juízo de valor em relação à efetividade da atuação fisioterapêutica na AB.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se a revisão de literatura pertinente a este estudo. A divisão dos tópicos abordados foi determinada pela pertinência e abrangência do tema e objeto da pesquisa, que discorrem sobre a avaliação da efetividade e a atuação fisioterapêutica na Atenção Básica (AB).

3.1 AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE

Por muito tempo a análise dos problemas de saúde foi realizada apenas por meio de estudos epidemiológicos. Embora a importância de tais métodos seja inegável no controle de tendências de endemias, na determinação da magnitude de vários problemas de saúde, na análise da qualidade de várias atividades desenvolvidas no sistema de saúde e nos riscos relacionados aos agravos de saúde, nem sempre tal abordagem dá conta isoladamente de responder a questões de tomadas de decisão (MOREIRA, 2002).

Quando se diz respeito a avaliações sobre intervenções em saúde, a análise de um problema, seus objetivos e pertinência da intervenção voltada para uma resolução, há a necessidade de introduzir no planejamento um componente crítico e avaliativo que contribua para a qualificação dessa atividade (HARTZ; FERRINHO, 2011). Nessa perspectiva, Penna (1994) menciona que a avaliação tem papel fundamental na gestão, demandando esforços para sua institucionalização nos órgãos do estado, de forma a fomentar a informação e com isso subsidiar a tomada de decisão (HARTZ; FERRINHO, 2011).

Ao longo do tempo, diversos conceitos de avaliação foram desenvolvidos e aplicados. Uma síntese dessa evolução é relatada por Guba e Lincoln (2011), que descrevem as gerações da avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011). A primeira geração é caracterizada como “medição” dos resultados, aplicada desde a década de 1920 na área de educação. Uma década depois, a segunda geração, incluiu a este conceito aspectos de “descrever” e “comparar”, com isso o avaliador passou a ser um descritor. No entanto, observou-se que isso ainda era insuficiente para se atingir os objetivos propostos, com isso, na década de 50, incorporou-se o termo “emitir juízo de valor” e

observou-se a necessidade de envolver pessoas no processo avaliativo, o que caracterizou a avaliação de terceira geração.

Com o tempo, a perspectiva formativa construtivista passou a fazer parte da avaliação caracterizando a quarta geração. Nela o avaliador conduz a avaliação em contexto e em grupo, por meio do debate e da negociação com base em um processo hermenêutico, considerando que respostas e resultados são indispensáveis no processo de aprendizagem e na mudança da realidade (BROUSSELLE *et al.*, 2011; GUBA; LINCOLN, 2011, 1990).

Nessa perspectiva, Tanaka (2017) destaca a importância de envolver o maior número possível de participantes no processo avaliativo, pois, é preciso contemplar a interação entre os profissionais, usuários e os serviços, indicando mudanças coerentes com o contexto e estando dentro da governabilidade destes atores.

Conceituada como a emissão de juízo de valor sobre um objetivo, a avaliação é influenciada pelo referencial teórico da área a qual se destina, e parte da análise do conhecimento existente de uma situação (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; TANAKA, MELO, 2001). Rossi e Freeman (2004) citam que se trata de uma aplicação sistemática de procedimentos advindo das ciências sociais a fim de analisar programas de intervenções. Tem a capacidade de fornecer informações científicas, legítimas e válidas sobre uma intervenção e contempla a emissão de juízo de valor (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

O conceito de qualidade acompanhou a história da avaliação em saúde no Brasil após 1980 (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; SCARATTI; CALVO, 2012); conceito complexo, atrelado ao conhecimento científico acumulado e a questões políticas, históricas, econômicas e aspectos culturais (KOVALESKI, 2018; SAMICO *et al.*, 2010).

A primeira concepção de qualidade era compreendida quanto à conformidade a padrões e surgiu em 1950 na saúde, mensurada por meio de auditorias de fichas e prontuários, tendo olhar normativo e voltado a desempenho de práticas profissionais (KOVALESKI, 2018). Por volta de 1980 o foco da qualidade passa a contemplar processos orientados às expectativas dos usuários, no entanto ainda predomina o olhar normativo e o juízo continua sendo formulado a partir de normas e recomendações (KOVALESKI, 2018).

Donabedian (1990) está entre os pioneiros a abordar questões conceituais e metodológicas a respeito da avaliação da qualidade em saúde. Segundo o autor, qualidade se refere ao grau no qual um serviço de saúde atende as necessidades, expectativas e padrão de atendimento dos pacientes. No entanto, no mesmo ano, ao considerar sua abordagem insuficiente diante da multidimensionalidade do objeto, o autor apresenta os sete pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1990) dos quais, a *efetividade* é um deles.

Para Donabedian, eficiência se refere à relação entre os produtos gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados; eficácia é o grau de alcance das metas programadas em determinado período de tempo; *efetividade* contempla a relação entre os resultados (impactos observados) e os objetivos (impactos esperados); otimização envolve a minimização dos custos utilizados na concepção de uma atividade sem comprometer os padrões de qualidade; aceitabilidade contempla a adaptação à atenção em saúde mediante acesso, desejos, expectativas e valores do cidadão; a legitimidade se refere aceitabilidade da atenção à saúde pela sociedade e a equidade está atrelada à justiça na distribuição da atenção à saúde, legitimada pela sociedade (DONABEDIAN, 1990).

Segundo Samico *et al.* (2010), o referencial proposto por Donabedian foi pensado para a prática médica em cuidado individual e seu uso vem sendo extrapolado para avaliar programas e serviços podendo apresentar limitações nesse contexto. Com isso, considerando a multi e a interdisciplinaridade da área da avaliação, recorreu-se a área da Educação, a fim de buscar contribuições para a área da saúde consolidando assim grandes contribuições para a área de planejamento, avaliação e gestão em saúde (KOVALESKI, 2018).

Em 2004, o NEPAS/UFSC - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde desenvolveu uma proposta de avaliação de Gestão da Atenção básica para a SES – SC (COLUSSI, 2010; NEPAS, 2009), em que trabalhou conceito de qualidade aperfeiçoado a partir das propostas de Benno Sander e Michael Scriven, apresentados na sequência.

3.1.1 O Paradigma Multidimensional de Benno Sander

Para Sander (1995), o capitalismo contemporâneo acentuou as desigualdades sociais, aumentando as demandas sociais, o que repercute na necessidade de políticas públicas e melhores serviços.

Sander (1995, p. 9) tinha como objetivo dimensionar as várias fases que compõem o conceito e prática da administração escolar e desenvolveu o tema através do “paradigma multidimensional” da administração da educação. O autor destaca que as teorias e modelos administrativos nacionais eram importações de modelos estrangeiros, com características positivistas e funcionalistas dos primeiros períodos históricos. Com isso, passa a indicar uma trajetória considerando quatro fases que correspondem a cada modelo específico de gestão denominados “organizacional, comportamental, desenvolvimentista e sociocultural” (SANDER, 2007, p.26), definidos por critérios de desempenho administrativos: eficiência, eficácia, efetividade e relevância.

Neste contexto, Sander (1983, 1984, 1990) enuncia o confronto entre o paradigma positivista de administração do consenso e o paradigma interacionista de administração do conflito e seus esforços superadores de mediação dialógica. Segundo Sander, esta forma de apresentação “oferece elementos para a construção de contornos conceituais e analíticos de quatro modelos de gestão da educação” (SANDER, 2007, p.73).

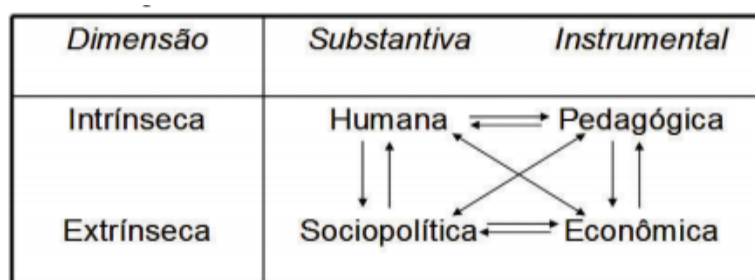
Os modelos são apresentados e caracterizados resumidamente da seguinte forma: eficiência – critério econômico que traduz a capacidade administrativa de produzir o máximo de resultados como mínimo de recursos, energia e tempo; eficácia – é o critério institucional que revela a capacidade administrativa para alcançar metas estabelecidas ou resultados propostos; efetividade – critério político que reflete a capacidade administrativa para satisfazer as demandas concretas feitas pela comunidade (...) refletindo a capacidade de resposta às exigências da sociedade; relevância – critério cultural que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência e valor (...) guarda relação com as consequências de sua atuação para a melhoria do desenvolvimento humano e da qualidade de vida na escola e na sociedade (SANDER, 2007, p. 75-83).

Sander traz a desvinculação dos conceitos de efetividade e relevância nesta obra, justificando que o conceito de efetividade está mais relacionado a aspectos de política enquanto relevância a questão cultural. Conclui com a apresentação do “paradigma multidimensional de administração da educação”, que é um esforço de construção e desconstrução de conceitos sobre a prática da administração escolar. Tomando como base um enfoque multiparadigmático: “a proposta é elaborar uma nova síntese teórica da prática da administração da educação, baseada em uma visão de simultaneidade dos atos e fatos administrativos” (SANDER, 2007, p.91).

De maneira didática novamente, o autor exemplifica que esta proposta é possível através de quatro dimensões simultâneas e articuladas: econômica, pedagógica, política e cultural. Assim, em relação os critérios de desempenho administrativo anteriormente citados a eficiência é subsumida pela eficácia; a eficácia e a eficiência são subsumidas pela efetividade; e a efetividade, a eficácia e a eficiência são subsumidas pela relevância” (SANDER, 2007, p.91).

O paradigma multidimensional de Análise de Sistema é constituído de quatro dimensões heurísticas (figura 1), sendo que a humana e sociopolítica é substantiva e duas são instrumentais, a pedagógica e a econômica (SANDER, 1981).

Figura 1 - Paradigma multidimensional de análise de sistemas educacionais de Benno Sander



Fonte: Sander (1981, p. 33)

Por fim, Benno Sander trabalha com o paradigma multidimensional da Análise dos Sistemas Educacionais, construídos por pesquisadores da Universidade de Brasília e da Universidade Federal Fluminense e seus estudos publicados na década de 70-80, trouxeram aspectos fundamentais para a avaliação em saúde por evidenciar um olhar voltado ao homem e à sociedade (KOVALESKI *et al.*, 2011).

3.1.2 O Paradigma de Michael Scriven

Scriven (1991) apud Scriven (2007), delimita o conceito de qualidade a um objeto educacional com as dimensões de mérito e valor, sendo que, um objeto educacional tem qualidade quando tem valor e mérito. Tem valor quando os seus recursos estão sendo bem aplicados para atender às necessidades dos *stakeholders* e tem mérito quando faz bem o que se propõe a fazer.

Para Kovaleski (2018), em seu texto *The logic of evaluation*, Scriven além de abordar o quanto é inadequado fazer avaliação envolvendo apenas indivíduos envolvidos na execução de serviços ou programas em saúde, menciona que a avaliação deve estar voltada às necessidades dos potenciais usuários dos serviços. Além disso, Scriven ressalta em sua obra *Evaluation Thesaurus*, que o valor de um serviço é atingido quando são atendidas as necessidades desses usuários, enquanto o mérito é alcançado quando se faz bem o que se propõe a fazer. Complementa que um programa pode ter mérito, mas não ter valor se não estiver voltado às expectativas dos usuários e que todo objeto que não tem mérito (não cumpre suas metas) não tem valor.

Scaratti e Calvo (2012) também enfatizam que o conceito de qualidade contempla dimensões de valor e mérito, onde valor se refere a recursos bem aplicados para atender às necessidades dos *stakeholders*, enquanto mérito está relacionado a fazer bem o que se propõe fazer. Os autores mencionam que quando um gestor não atende à necessidade da população o objeto envolvido pode ter mérito e não valor, no entanto, todo objeto que não tenha mérito não tem valor, pois nesse caso os recursos não foram empregados com eficácia e eficiência, a fim de atender às necessidades das partes interessadas.

Heller (2000) cita que, sendo uma categoria social, o valor é um objeto que em sua objetividade é puramente social, tendo seu lugar de expressão em um conjunto de relações sociais. Com isso, Kovaleski (2018) cita que o valor deve ser a base do planejamento e da avaliação das políticas públicas e a efetividade um dos critérios de valor na qualidade da gestão de serviços de saúde.

A ilustração (Figura 2) mostra a associação do Paradigma Multidimensional de Sander, associado às dimensões de mérito e valor de Scriven, desenvolvida pelo

NEPAS e utilizado em diversos estudos (SCARATTI, 2007; KOVALESKI *et al.*, 2011; KOVALESKI, 2018).

A partir dos autores Sander (1995) e Scriven (1991), considerando o conceito de qualidade adotado no modelo de Scaratti (2007) é apresentado no quadro abaixo, conceitos que foram utilizados na Avaliação da Gestão da Atenção Básica desenvolvida pela Universidade Federal de Santa Catarina, em parceria técnica com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (NEPAS, 2009). Os conceitos são provenientes dos critérios de *efficiency*, *effectiveness*, *responsiveness* e *relevance*, propostos por Sander (1995) para avaliar a administração pública, particularmente a gerência educacional, em países sul-americanos (COLUSSI, 2010).

Figura 2 - Qualidade da gestão em saúde - NEPAS

(Scriven, 1991)	(Sander, 1996)	
Dimensões da qualidade de objetos educacionais	Dimensões da qualidade da administração da educação	Critérios de avaliação da administração da educação
Valor	Cultural	Relevance
	Política	Responsiveness
Mérito	Institucional	Effectiveness
	Econômica	Efficiency

Fonte: NEPAS(2009) adaptado de Davok (2007)

Neste trabalho, o foco será o critério efetividade em saúde. Para Sander (1995): “efetividade é o critério político e social que supõe compromisso real com o alcance de objetivos, visando satisfazer as demandas concretas, expectativas e necessidades da comunidade envolvida.”

Mais tarde, o conceito de efetividade publicado por Davok em 2006, foi transposto para a área da saúde em 2007 por Scaratti, foi atualizado por Kovaleski *et al.* (2011) sendo utilizado como base teórica para o desenvolvimento desta tese. Os autores mencionam que efetividade ultrapassa aspectos técnicos e sanitários, para incluir aspectos políticos relacionados às expectativas individuais e coletivas em relação à saúde, estando atrelada à maximização de resultados da qualidade da gestão em saúde.

À vista disso, Uchimura e Bosi (2002) mencionam que estudos avaliativos voltados à dimensão subjetiva da qualidade, propõem-se a desvendar fenômenos considerando toda sua riqueza e complexidade, para tal, a análise da efetividade deve considerar o universo simbólico e expectativas dos envolvidos no programa em saúde, contemplando assim, diversos atores, mas especialmente os usuários a que se destinam tais ações.

Minayo (2011), também menciona que a avaliação da efetividade é mais profunda do que a avaliação da eficácia, visto que ela capta os efeitos e tem vários pressupostos, sendo o mais básico que a ocorrência de mudanças não é suficiente para se concluir o êxito de uma intervenção, pois, para referendar conclusões sobre êxito é necessário demonstrar que ele não ocorreria (total ou parcialmente) sem a existência da intervenção em pauta.

3.2 A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Como marca de uma mudança de paradigma em saúde em nível mundial, a Declaração de Alma Ata em 1978 instituiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como elemento central para garantia do direito universal à saúde. Em diversos países, funciona como porta de entrada do sistema de saúde, com forte posição central na organização do sistema (PINTO; SILVA, 2021). Tem como princípios essenciais ser acesso de primeiro contato, proporcionar longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além de três dimensões classificadas como derivadas que envolvem orientação familiar, comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido pela constituição de 1988 como política pública de saúde, a fim de assegurar assistência a todos os cidadãos. Seus princípios e diretrizes estabelecidos pelas Leis Orgânicas de Saúde (Lei nº 8.080 e 8.142), prevêm descentralização de serviços, regionalização, hierarquização, garantia ao direito fundamental à vida, tendo como princípios doutrinários a integralidade, universalidade e equidade (LEITE *et al.*, 2018). Solidariedade, participação social também estão entre seus princípios e objetiva ser integral, gratuito e descentralizado (DA CUNHA *et al.*, 2020).

A APS passou a ser chamada de ABS ou AB durante o processo de sua implantação no Brasil, a fim de diferenciar políticas propostas pelo movimento

sanitário das estratégias difundidas internacionalmente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012); no entanto, discussões sobre o conceito demonstram que não há uma oposição entre o uso de qualquer um dos termos, pois ambos podem se alinhar a proposição de um sistema público universal e de qualidade (GIOVANELLA, 2018), o que faz com que nessa revisão, apesar da preferência pelo uso do termo AB, estes sejam tratados como sinônimos.

Organizado em três níveis, o sistema tem na Atenção Básica (AB) um conjunto de ações individuais e coletivas, consideradas porta de entrada de acesso da população ao sistema, visando atender as situações de saúde mais frequentes e resolver os principais problemas de saúde da população (GIOVANELLA, 2006), sendo que a AB constitui o eixo estruturante do sistema, onde as demandas para os outros níveis devem ser planejadas a partir dela (BISPO JÚNIOR, 2010).

A AB está embasada na PNAB, a qual tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) seu plano prioritário para expansão e consolidação da AB. Visando a integração e organização das atividades em território definido, enfrentando e resolvendo os problemas identificados de forma articulada e perene, trabalha a partir das necessidades da população. Por meio de um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrange a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças de maior prevalência e passíveis de serem atendidas na AB. Consolidando assim, os princípios e diretrizes do SUS e fortalecendo os sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; PINTO; GIOVANELLA, 2018)

Agenda prioritária do Ministério da Saúde (MS), a AB é um modelo de reorganização do SUS, onde se pressupõe uma visão do processo saúde - doença, determinado por fatores sociais, ambientais, etiológicos, sendo que estes estão atrelados com a forma de organização da sociedade (BRASIL, 2006).

A AB é o alicerce necessário para se conseguir uma cobertura universal de saúde, tendo um enfoque eficaz, eficiente e equitativo para melhorar a saúde (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013, MAEYAMA *et al.*, 2020). Práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, trabalho em equipe e atuação dirigida a populações considerando especificidades da população envolvida são características da AB (DA CUNHA *et al.*, 2020; PINTO; GIOVANELLA, 2018, LAVRAS, 2011).

Leite *et al.* (2018) e Pinto; Giovanella (2018), complementam mencionando que AB se baseia em atributos essenciais tais como: proporcionar acessibilidade a cada problema de saúde, devido ao fato de ser o primeiro acesso de contato ao sistema; apresentar longitudinalidade, por constar de uma fonte contínua de atenção à saúde com presença de interpessoalidade e criação de confiança mútua entre usuários e profissionais; proporcionar integralidade ao cuidado, devido ao fato de apresentar um leque de serviços disponíveis que componham reais ações de atenção integral, onde se visa o olhar biopsicossocial do processo de saúde doença no âmbito da promoção, prevenção, cura e reabilitação mesmo que para algumas seja necessário o encaminhamento para especialidades ou atendimento fora das Unidades da AB.

Os autores também citam que, além desses atributos, é necessário apresentar coordenação do cuidado através da continuidade, o que pode ocorrer pelo atendimento de um mesmo profissional ou por prontuários médicos, desde que o reconhecimento de problemas abordados em outros serviços, sejam considerados e integrados no cuidado global ao paciente.

Orientação familiar, comunitária e competência cultural são contemplados pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), visto que o contexto familiar e as características culturais de cada região são levadas em consideração em suas estratégias (LEITE *et al.*, 2018; DA ROS, 2006; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A adoção desses atributos resulta em mais acesso, melhoria de indicadores e redução de custos em saúde (GOMES *et al.*, 2011, LEITE *et al.*, 2018; MASSUDA *et al.*, 2018), tendo a AB a capacidade de ser resolutiva em aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população, reconhecendo, tratando e prevenindo os problemas mais comuns com tecnologia de alta complexidade e baixa densidade tecnológica (BRASIL, 2006; LAVRAS, 2011).

Tem sua expansão atrelada à melhoria de cobertura de acesso, redução de mortalidade infantil e hospitalização por causas evitáveis (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; PEREIRA *et al.*, 2014, MASSUDA *et al.*, 2018, CASTRO *et al.*, 2019).

A ESF representa uma importante inovação em termos de modelo assistencial, com grande investimento em expansão de rede e recursos humanos (SILVA PAIM, 2009, BRASIL, 2011; COLUSSI; CALVO, 2011; MEDEIROS; PIVETTA;

MAYER, 2012). As equipes de saúde da Família e de AB contam com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2006).

O NASF-AB, constitui uma equipe de profissionais de diferentes categorias que atuam para dar suporte clínico sanitário e pedagógico aos profissionais da ESF a fim de ampliar oferta de cuidado, reafirmando princípios de integralidade, qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2010ab; RIBEIRO; SOARES, 2014; FONSECA *et al.*, 2016). Tal equipe deve buscar atuar de forma horizontal e interdisciplinar, visando à longitudinalidade do cuidado à população. Os profissionais devem compartilhar suas práticas e saberes, visar a gestão do cuidado e ter uma visão comum para maximizar as habilidades singulares de cada um (BRASIL, 2010ab, 2017).

Os NASF atuam a partir de demandas identificadas em conjunto com as equipes de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção (BRASIL, 2008). Compete especificamente à Equipe NASF e Atenção Básica (NASF-AB), participar do planejamento conjunto com as equipes; contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado e interconsulta (BRASIL, 2017, 2008).

São ainda, atividades de competência da equipe em território, a construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida e da coletividade, ações intersetoriais, de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros (BRASIL, 2017, 2008).

Além disso, o trabalho do NASF-AB está centrado no componente da gestão designado apoio matricial, que contempla um processo de trabalho em equipes de referência da ESF (BRASIL, 2012b, 2014). No NASF-AB, ações voltadas à qualificação dos encaminhamentos para outros pontos da atenção através de critérios e estratégias estabelecidos são realizadas, o que auxilia para que o fluxo de atendimentos ocorra de forma resolutiva (FERRER *et al.*, 2015).

Portanto, o NASF-AB é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com a equipe de ESF buscando ampliação de escopo e resolubilidade das ações da AB, apoio a inserção de ESF na rede de

serviços e processo de territorialização e regionalização (BRASIL, 2010ab; NORDI; ACIOLE, 2020).

Com a ampliação da ESF, possibilitaram-se as equipes identificarem novas necessidades de saúde e com isso, novas demandas assistenciais, o que levou à inserção de outros profissionais para além da equipe mínima, a fim de assegurar a atenção integral. Nesse contexto, a criação do NASF, proposta pelo Ministério da Saúde, levou ao envolvimento de outros profissionais na equipe de saúde. A partir do NASF houve a primeira aproximação formal do fisioterapeuta com a AB (AQUINO *et al.*, 2009; FORMIGA, 2012).

A Fisioterapia iniciou sua história com propósitos centrados no modelo assistencial privatista, tendo foco a prestação de serviços curativos e reabilitadores. (BISPO JÚNIOR, 2010; SIMONI *et al.*, 2015; RIBEIRO; SOARES; BAISCH, 2021). Em 1929, potencializou-se como recursos para o tratamento de sequelas da poliomielite e em 1950 foi instrumento para a reinserção de trabalhadores lesionados ou acidentados após o surgimento das primeiras indústrias (REBELATTO, 1988, BISPO JÚNIOR, 2010).

Como formação, a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, foi a primeira instituição do país a oferecer um curso de caráter regular em 1956, contudo, somente em 13 de outubro de 1969, com o Decreto-Lei 938 (BRASIL, 1969) foi regulamentada como profissão, onde o art. 3º definiu como sendo atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (MARQUES; SANCHES, 1994). Sua regulamentação ocorreu em um período turbulento, onde o país estava no auge da ditadura militar enfrentando graves problemas epidemiológicos e de deficiência do sistema de assistência de saúde (BISPO JÚNIOR, 2010).

Segundo a Resolução nº. 80/87 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), “a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função” (COFFITO, 1987). Além disso, atuação Fisioterapêutica em Saúde Coletiva tendo como principal atribuição a área da educação em saúde, prevenção de doenças e assistência coletiva, também é prevista

pelo COFFITO fundamentada nos Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto 90.640/84 e Lei 8.856/94. A resolução n. 363/2009 reconhece a especialidade da Fisioterapia em Saúde Coletiva e dá providências (COFFITO, 2009).

Mesmo com as mudanças no perfil epidemiológico da população e com a reorganização do sistema de saúde, o seu modelo de atuação curativo reabilitador privatista persistiu e a reabilitação continuou sendo seu objeto de intervenção, com ações individualizadas e atuação do profissional como autônomo e liberal em clínicas privadas, tendo sua prática centrada na atenção secundária (BISPO JÚNIOR, 2010; MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012). Apesar disso, os estudos têm demonstrado que a atuação fisioterapêutica inserida no âmbito da AB tem grande valia em ações de promoção, prevenção e educação em saúde (RIBEIRO; SOARES; BAISCH, 2021).

Enquanto a fisioterapia reabilitadora tem sua atuação voltada a restaurar a capacidade funcional de indivíduos, a fisioterapia em saúde coletiva visa sua prática no controle de danos, tendo sua ação voltada a grupos populacionais e pautando seu conhecimento em aspectos epidemiológicos e sóciodemográficos, considerando os diversos aspectos envolvidos no processo saúde-doença (BISPO JÚNIOR, 2010).

Assim, ressignificando sua prática, as atividades clínicas tradicionais vêm sendo substituídas por práticas pautadas em princípios preconizados pelo SUS. São atividades multidimensionais, articuladas com a atuação interdisciplinar visando romper o modelo biologicista curativo e valorizando uma redefinição epistemológica do campo científico da profissão (BISPO JÚNIOR, 2010, FERRER *et al.*, 2015; GRANIÇO *et al.*, 2018; RIBEIRO; SOARES; BAISCH, 2021).

Em 2002 as diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia (BRASIL, 2002) orientam que os profissionais deverão estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Também cita que a formação do Fisioterapeuta deverá atender o sistema de saúde vigente no país e deve envolver o trabalho em equipe, almejando formar um profissional capaz de atuar nas vertentes da AB com capacitação para atuar em todos os níveis de atenção, incluindo a promoção e prevenção da saúde e não somente a reabilitação.

Sobre isso, autores discorrem sobre os caminhos para a formação de fisioterapeutas em AB e falam de suas experiências, citando experiências exitosas

sobre a formação no âmbito de AB, inclusive com inserção precoce dos alunos nesse nível (SILVA, SOARES, NASCIMENTO, 2020; OLIVEIRA, 2020)

A necessidade observada nas universidades, de uma abordagem biopsicossocial e multidirecional das condições de saúde vem ao encontro do uso preconizado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como previsto na Resolução nº.370 (COFFITO, 2009). Esta classificação foi concebida sobre um modelo de funcionalidade proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), integrando os modelos biomédicos e social (OMS, 2003). No entanto, seu uso na prática ainda não é tão difundido devido a sua complexidade (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Portanto, ao longo do tempo, a atuação fisioterapêutica se torna cada vez mais comprometida com o contexto social e sanitário de onde faz parte e busca a equidade, a universalidade, a integralidade de ações, para maior resolutividade da atenção prestada e assim apresenta-se como uma alternativa eficaz para o fortalecimento da AB (BISPO JÚNIOR, 2010; LOURES; SILVA, 2010; MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012; FONSECA *et al.*, 2016, NORDI; ACIOLE, 2020; RIBEIRO; SOARES; BAISCH, 2021).

As ações na busca da cura e reabilitação não são extintas, porém, o acréscimo de novas possibilidades de atuação, considerando o quadro sanitário e a lógica de organização do sistema, são características de intervenções fisioterapêuticas no SUS (BISPO JÚNIOR, 2010, ALVES *et al.*, 2020).

Sua contribuição no âmbito da saúde coletiva viabiliza maior poder de decisão, quando trabalha junto a outros profissionais, contribuindo para a criação de pontos de interseção no sistema e facilita a inserção e adoção de práticas de saúde com um olhar integral (BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010; RIBEIRO; SOARES; BAISCH, 2021).

Além disso, territorialização, cuidado à população adscrita, ações integrais, busca ativa, incentivo à participação comunitária e controle social, bem como a realização de atividades pautadas nas prioridades locais visando contribuir para uma mudança do quadro social e sanitário do país, são atribuições de todos os profissionais que atuam na AB (BISPO JÚNIOR, 2010; LOURES; SILVA, 2010; PORTES *et al.*, 2011, NORDI; ACIOLE, 2020). Trabalhando em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), destaca-se que o fisioterapeuta contribui para a coordenação do

cuidado e a garantia do acesso aos demais serviços do sistema (FERRER *et al.*, 2015).

As ações do fisioterapeuta na AB contemplam todas as fases do ciclo da vida (ALVES, 2017; NORDI; ACIOLE, 2020; RIBEIRO; SOARES; BAISCH, 2021)., São realizados atendimentos individuais e coletivos em diversos ambientes públicos, como unidades básicas de saúde, escolas, igrejas, praças, domicílios, visando uma perspectiva interdisciplinar (LOURES; SILVA, 2010; NORDI; ACIOLE, 2020).

Quanto à saúde da criança, DAVID *et al.* (2013) mencionam que ações sistematizadas com profissional de fisioterapia na equipe contribuem para redução de demandas de consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor e manejo de situações de possíveis complicações pulmonares na infância, fazem parte da sua atuação junto à equipe (DAVID *et al.*, 2013; RIBEIRO; SOARES, 2014; NORDI; ACIOLE, 2020).

Tem papel fundamental em relação à saúde do adulto, onde na AB, sua atuação está atrelada ao manejo de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes e também é provedor de cuidados primários essenciais, capaz de assistir indivíduos acometidos por lombalgias (RIBEIRO, SOARES, 2014; VICENTINE; RIBEIRO; BRITO, 2020), além de orientar exercícios em doenças específicas como tuberculose, hanseníase e doenças respiratórias. Também atua de forma terapêutica ou no acompanhamento de situações que envolvem questões relacionadas ao trabalho (RIBEIRO; SOARES, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2015; NORDI; ACIOLE, 2020).

Na saúde da mulher, auxilia desde o período gestacional até o climatério (RIBEIRO, SOARES; BAISCH, 2021). Além disso, pode intervir em patologias ginecológicas, câncer de mama e utilizar técnicas para evitar complicações de histerectomia e mastectomia (ALVES, 2017; BISPO JÚNIOR, 2010; GOMES *et al.*, 2011; NORDI; ACIOLE, 2020; PORTES *et al.*, 2011)

Em relação à saúde dos idosos, suas ações visam a preservação das funções motoras, o tratamento de alterações proveniente de doenças quando necessário, considerando as potencialidades e especificidades desse período da vida, podem impactar positivamente na manutenção da autonomia, conferindo assim, maior segurança e independência (BISPO JÚNIOR, 2010; NORDI; ACIOLE, 2020).

Muitas dessas intervenções são realizadas em grupo. Segundo Friedrich *et al.* (2018) a condução de grupos está atrelada à diminuição de dor, do consumo de medicamentos e à melhora da qualidade de sono, além de melhorar condições afetivas e sociais. Pesquisadores citam que os grupos são capazes de minimizar doenças e perda de capacidade funcional, preservar e desenvolver autonomia (FONSECA *et al.*, 2016; RIBEIRO; SOARES; BAISCH, 2021).

Além disso, o fisioterapeuta desenvolve junto à equipe ações integradas com as ESF visando à coleta de dados, orientações à população, detecção precoce e realização de diagnóstico, com levantamento de problemas relacionados com as deficiências, capacitando, orientando, dando suporte às ações dos agentes comunitários de saúde e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF (ALVES, 2017; NORDI; ACIOLE, 2020; VICENTINE; RIBEIRO; BRITO, 2020).

Em situações de doenças neurológicas, estudos apontam que pessoas com dificuldade de locomoção têm tido dificuldade de acesso a orientações e intervenções de fisioterapeutas e que a integração do fisioterapeuta na equipe contribui para um maior ganho de independência e inserção dos indivíduos na sociedade (RIBEIRO, SOARES, 2014). Tem em vista a inclusão e a vida independente; busca orientar e informar as pessoas com deficiência, 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 (LOURES; SILVA, 2010; NORDI; ACIOLE, 2020).

Todas as ações são baseadas na realidade da comunidade e concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão (LOURES; SILVA, 2010; NORDI; ACIOLE, 2020; RIBEIRO; SOARES; BAISCH, 2021). Tal fato é imprescindível nas intervenções domiciliares onde o ambiente em que o sujeito reside é considerado durante o processo de reabilitação, educação e promoção da saúde, ampliando as fronteiras de intervenção profissional, pois, passa a conhecer a realidade social, cultural e econômica da família (FONSECA *et al.*, 2016).

Além da atenção domiciliar, realiza encaminhamentos e acompanhamento no uso de órteses, próteses e outros dispositivos auxiliares. Também realiza vigilância dos distúrbios cinesiofuncionais (BISPO JÚNIOR, 2010; FONSECA *et al.*, 2016; MATA *et al.*, 2011). No entanto, Portes *et al.* (2011) mencionam que o a metodologia de

eleição dos usuários de atendimento domiciliar ainda é um grande desafio a ser esclarecido ao fisioterapeuta e demais membros da equipe.

Faz parte da atuação do Fisioterapeuta a interação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois o acompanhamento contínuo de tais profissionais potencializa o vínculo e permite um cuidado à saúde compartilhado favorecendo também o acesso aos serviços e atuação do Fisioterapeuta por meio do apoio matricial (DAVID *et al.*, 2013; NORDI; ACIOLE, 2020).

Por fim, relatos de atuação fisioterapêutica bem sucedidos na AB já são descritos na literatura e tais estudos têm demonstrado a importância do seu papel no cuidado à saúde da população (ALVES *et al.*, 2020). Cita-se como exemplo o caso de Sobral, localizada no estado do Ceará, onde equipes com fisioterapeutas ampliaram o acesso da população a tal atuação e desenvolvem na ESF trabalho preventivo de excelência gerando satisfação na população atendida (FORMIGA; RIBEIRO, 2012; GOMES *et al.*, 2011; CRUZ *et al.*, 2021; RIBEIRO; SOARES, 2014).

Um tema muito discutido nos últimos anos foi a atuação da Fisioterapia em relação às disfunções causadas pelo novo coronavírus. A doença chamada COVID 19 causada pelo vírus zoonótico denominado SARSCoV2 descoberta na China em 2019 se espalhou rapidamente pelo mundo tendo a pandemia declarada em 30 de janeiro de 2020 (OMS, 2020). Com manifestação ampla, envolve sintomas gripais como febre, tosse, dores musculares cefaleia e dispneia e em casos graves Síndrome Respiratória Aguda. Além disso, pode desenvolver manifestações sistêmicas que envolvam distúrbios neurológicos, cardiovasculares, gastrointestinais e musculoesqueléticos (DIAS; CAMELIER; SANTOS, 2020).

Na AB, os casos leves de COVID-19 foram manejados junto à equipe. Ações promotoras de saúde alinhadas a PNAB como estratégias de prevenção de contaminação pelo vírus com ações que variam da vigilância à gestão, foram realizadas (FIGUEIREDO *et al.*, 2021). Segundo Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória (DIAS; CAMELIER; SANTOS, 2020) foram divulgadas poucas evidências sobre o enfrentamento da pandemia em território no campo da fisioterapia.

Porém, sabe-se que na AB o profissional poderá incorporar seus conhecimentos de Fisioterapia respiratória e cardiovascular para ações em acolhimento, triagem e encaminhamento, bem como para ampliar o cuidado de possíveis desfechos clínicos junto aos usuários. Além disso, após alta hospitalar

intervenções em domicílio e na comunidade devido ao manejo das repercussões respiratórias, cardiovasculares metabólicas poderão nortear intervenções pós COVID-19 (DIAS; CAMELIER; SANTOS, 2020).

Figueiredo *et al.* (2021) relatam uma experiência de enfrentamento à COVID-19 em Minas Gerais, Brasil. O autor menciona em seu trabalho ações voltadas a prevenção de contágio, educação permanente dos agentes comunitários, educação em saúde aos trabalhadores da prefeitura e atenção à saúde física e mental dos trabalhadores.

Loures e Silva (2010) e Ribeiro e Soares (2014) citam que na equipe interdisciplinar, o fisioterapeuta está habilitado para desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde e que a inclusão deste na AB poderá contribuir para tornar a política de saúde mais equitativa, universal, integral e promover a redução da demanda de atendimentos em outros níveis de maior complexidade de atenção à saúde. Friedrich *et al.* (2018), menciona que quando ocorre a ausência do fisioterapeuta nas equipes, intervenções relacionadas à educação em saúde e movimento humano ficam muitas vezes restritas, porém, o autor menciona que até o período de 2018 a presença deste profissional não estava prevista na equipe mínima.

No entanto, em 28 de outubro de 2021, a Lei nº. 14.231 decretou que profissionais de fisioterapia e terapeutas ocupacionais devem integrar a ESF (BRASIL, 2021), no âmbito do SUS. Além disso, em 22 de maio de 2023 a Portaria nº. 635, pode significar o retorno do NASF-AB devido a criação e definição de incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2023).

3.3 A FISIOTERAPIA EM UMA PERSPECTIVA AVALIATIVA

Conforme observado na revisão apresentada anteriormente, existem vários estudos publicados na literatura referentes à fisioterapia na AB, no entanto, destacam-se estudos exploratórios, estudos de caso, revisões de literatura, com predomínio de estudos clínicos e pesquisas normativas, o que denota uma deficiência nesta área, visto que na pesquisa normativa o julgamento é resultado da aplicação de critérios que não ultrapassam a análise de mérito (eficácia e eficiência) das ações, não sendo

contemplados aspectos de qualidade dos serviços que estejam relacionados ao seu valor, efetividade e relevância (KOVALESKI, 2018).

Dessa forma, destacam-se alguns estudos na área de fisioterapia por serem estudos da área de avaliação propriamente dita, elaborados a partir de um procedimento científico da pesquisa avaliativa, contemplando a identificação de critérios, indicadores, parâmetros e principalmente a emissão de juízo de valor. Os estudos relacionados à fisioterapia em uma perspectiva avaliativa que permearam o campo de avaliação no Brasil, destacam-se os estudos de Miranda (2011), Medeiros (2013) e Buch (2014).

Miranda (2011) buscou identificar as práticas pertinentes à atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica. A pesquisadora desenvolveu um modelo de atuação da fisioterapia na AB e validou a proposta junto a especialistas na área. Por meio de uma metassíntese e oficina de consenso na qual participaram cinco fisioterapeutas e cinco médicos com experiência na AB, foi criada uma proposta constando de duas dimensões: Princípios da Atenção Básica para a Fisioterapia, e Atribuições do Fisioterapeuta na Atenção Básica (organizacionais e técnico-operacionais). A autora apresenta a proposta como uma construção coletiva importante para nortear políticas públicas para atuação de fisioterapeutas nos NASF.

Medeiros (2013) avaliou a qualidade dos serviços públicos de Fisioterapia no Estado de Santa Catarina. A autora cita que a expansão dos serviços ofertados pelo SUS demanda estratégias de avaliação em saúde e que esses estudos são escassos. A qualidade em fisioterapia com enfoque de Donabedian envolvendo estrutura processo e resultado. Com essa perspectiva a pesquisadora estruturou e aplicou um modelo de avaliação de qualidade dos serviços públicos de fisioterapia (próprios e credenciados) na média complexidade ambulatorial. A pesquisadora realizou um estudo descritivo, investigando município e região de localização dos serviços; nível de complexidade; tipo de unidade de saúde na qual o serviço se localiza; tempo de prestação de serviços de fisioterapia ao SUS; número de fisioterapeutas; especialidades atendidas e quantidade de procedimentos ambulatoriais. Após realizou a construção do Modelo Teórico-Lógico e a aplicação do modelo por meio de estudos múltiplos em cinco serviços (dois municipais próprios, dois credenciados ao SUS e um serviço estadual). O Modelo construído contemplou atributos de qualidade e a Matriz foi composta por 35 medidas agrupadas em sete subdimensões.

Segundo Medeiros (2013), o Modelo Teórico-Lógico desenvolvido orientou as reflexões e discussões para construção da Matriz Avaliativa e dos instrumentos para coleta de dados representando que no território de um município podem estar localizados serviços dos três níveis de atenção, sendo interesse deste estudo os serviços de média complexidade em fisioterapia. Os serviços podem ser acessados por convênios ou por pagamento direto, mas são objeto da avaliação da pesquisadora os serviços vinculados ao Sistema Público de Saúde, sejam eles próprios ou conveniados ao SUS.

Figura 3 - Modelo Teórico-Lógico dos serviços públicos de fisioterapia

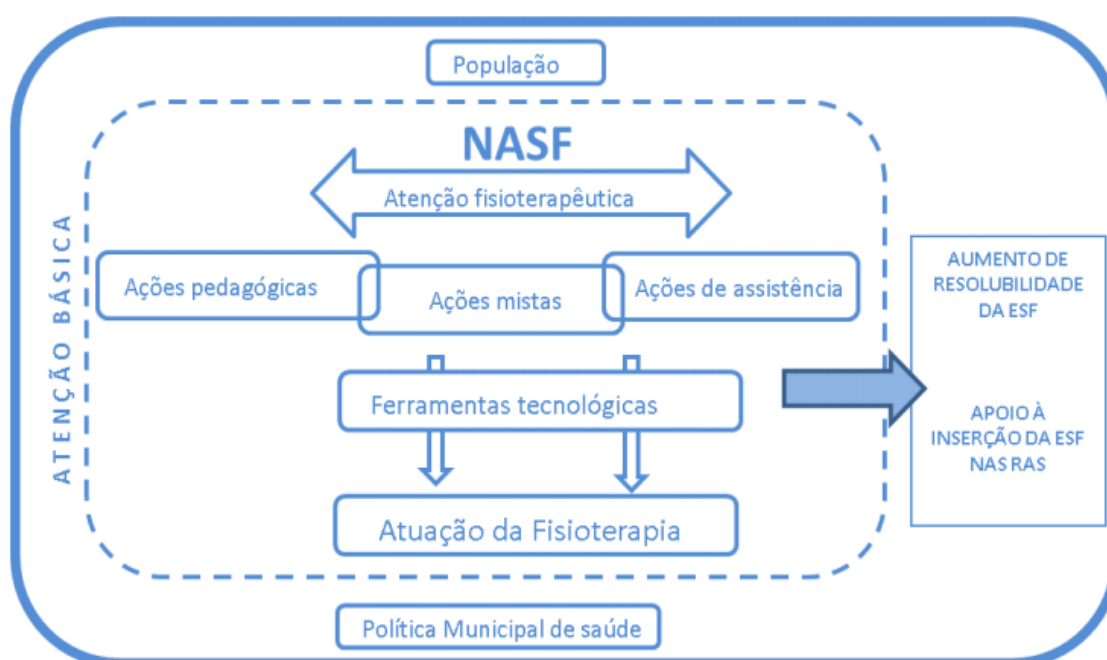


Fonte: Medeiros(2013)

O Modelo foi aplicado em serviços municipais próprios de Florianópolis e Camboriú, em serviços credenciados ao SUS nas cidades de Lages e Joinville e no serviço público estadual e Centro Catarinense de Reabilitação em Florianópolis. Os casos foram selecionados considerando os serviços com pelo menos dois anos de atuação em fisioterapia pelo SUS e posterior identificação cruzada dos serviços com o maior quantitativo de profissionais - base CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) em fevereiro de 2013 - com o maior quantitativo de produção - base SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) ano 2012 completo (MEDEIROS, 2013). A organização da estrutura foi avaliada como “pouco adequada”, organização do trabalho “regular” e satisfação do usuário “adequado”.

Já o estudo de Buch (2014) foi caracterizado como uma pesquisa avaliativa sobre a eficácia da atuação fisioterapêutica nos NASF de Santa Catarina e está apresentado a seguir:

Figura 4 - Modelo Teórico-Lógico da Avaliação da Atuação do Fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina de Buch (2014)



Fonte: Buch (2014).

Segundo o Modelo de Buch (2014), a atenção Fisioterapêutica no NASF é definida por Ações Pedagógicas, que são atividades de aprendizagem das técnicas e abordagens gerais relacionadas a reabilitação e que possam ser exercidas por todos os profissionais da ESF; as Ações Mistas determinadas pelo desenvolvimento de ações de aprendizagem de conhecimentos fisioterapêuticos aos profissionais da ESF; e as Ações Assistenciais que são as técnicas determinadas no rol das ações de reabilitação que são somente de competência do fisioterapeuta. Essas três ações com auxílio das ferramentas tecnológicas (clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto saúde no território, apoio matricial e pactuação do apoio) influenciam no resultado da atuação da Fisioterapia no NASF. Ainda como resultado final da atuação do profissional do NASF, busca-se o aumento de resolubilidade da ESF e o apoio a inserção da ESF nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

3.4 A EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PELA LITERATURA EMERGENTE

A fim de explorar a literatura emergente (de 2012-2022) em relação à efetividade da atuação fisioterapêutica, foi realizada uma revisão integrativa visando identificar seus elementos e indicadores.

Foi executada uma busca nas bases de dados BVS, PUBMED, EMBASE, Web of Science, Banco Tese CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Para as buscas foram utilizados, entre outros os descritores: “*efetividade*”, “*atenção básica*” e “*fisioterapia*”. Foram identificados 877 arquivos sendo que 37 foram elegíveis para leitura completa e sintetizados em análise qualitativa 16 estudos. A verificação foi realizada no período de 2 a 6 de maio de 2022. Foram considerados, artigos científicos, teses e dissertações dos anos de 2012 a 2022 nas línguas, português, inglês e espanhol.

Os detalhes em relação a revisão realizada bem como dos estudos aqui citados estão detalhados no artigo 1: **Elementos e indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica.**

Não foi identificado nenhum estudo que abordasse o conceito de efetividade, o que foi identificado foram elementos relacionados à efetividade, por ultrapassar aspectos técnicos e sanitários para incluir aspectos políticos relacionados às expectativas individuais e coletivas em relação à saúde, estando atrelado à maximização dos resultados da qualidade da gestão.

Dos 16 artigos, 6 consideraram especificamente a *perspectiva do usuário/paciente*, contemplados pelos trabalhos de Meerhoff *et al.* (2021), Østerås *et al.* (2021), Danielsson, Kihlbom, Rosberg (2016), Gardner *et al.* (2016), Nenova, Mancheva e Kostadinova (2016), Samsson, Bernhardsson e Larsson (2016).

Babatunde *et al.* (2020), Piscitelli *et al.* (2018) e Napieret *et al.* (2013), Goodwin, Hendrick (2016) consideraram tanto a perspectiva do paciente como questões relacionadas ao acesso.

Contemplam questões de acesso os estudos de Ho-Henriksson *et al.* (2022), Maselli *et al.* (2022), Bastiaens, Barten, e Veenhof (2021), Campagna-Wilson *et al.* (2021), Bornhoft *et al.* (2019), Bishop *et al.* (2017), apresentam aspectos relacionados aos impactos de um maior acesso a atenção fisioterapêutica.

Os estudos convergem apontando indicadores relacionados ao impacto de ações assistenciais, ações de gestão, e promoção da saúde e qualidade de vida.

Por fim, contextualizados aspectos relacionados a AB, a Fisioterapia na AB e questões teóricas relacionadas a avaliação da efetividade, cabe ressaltar que esta pesquisa começou a ser estruturada em 2018 com o propósito de avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica no NASF-AB. Neste período o NASF-AB teve seu financiamento descontinuado pelo governo federal em outubro de 2019 (BRASIL, 2019ab).

Logo em seguida, em março de 2020, a COVID-19 (SARS-Cov-2) foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, e os fatos ocorridos modificaram a dinâmica de trabalho dos profissionais da AB.

Em 2021, foi sancionada em 28 de outubro a Lei nº. 14.231 decretando que profissionais de fisioterapia e terapeutas ocupacionais devem integrar a ESF (BRASIL, 2021), no âmbito do SUS; no entanto, em seu parágrafo único estabelece que ao gestor caberá definir a forma de inserção e participação dos profissionais na ESF de acordo com as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, e na prática a lei não foi efetivada em muitos municípios.

Além disso, em 22 de maio de 2023 a Portaria nº.635, institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, o que pode ser um ponto de esperança para o retorno do NASF-AB (BRASIL, 2023).

Portanto, o período de desenvolvimento desta pesquisa foi marcado por um tempo de importante instabilidade institucional, normativa e jurídica, impactando inclusive nas avaliações e solicita-se ao leitor que considere tais aspectos enquanto faz a leitura em totalidade desta pesquisa.

4 MÉTODO

Neste capítulo serão abordados aspectos relativos ao delineamento metodológico da pesquisa, detalhando os aspectos relacionados à revisão de literatura, construção e validação do Modelo Teórico-Lógico, Matriz Avaliativa e emissão de juízo de valor. Também será detalhado o local da realização do estudo, a população e os critérios de seleção da amostra, assim como os instrumentos utilizados para a coleta e análise dos dados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo caracteriza-se como pesquisa avaliativa qualitativa, onde se busca a emissão de juízo de valor (CONTANDRIOPOULOS, *et al.*, 2000), na qual foi realizado estudo de casos múltiplos (YIN, 2010).

Nesta tese, o termo “atuação fisioterapêutica” corresponde ao conjunto de ações assistenciais, ações de gestão e ações de promoção da saúde contempladas nos serviços de fisioterapia na AB.

Para a construção do Modelo Teórico e Matriz Avaliativa, além de uma revisão de literatura, foram realizadas entrevistas com profissionais/”*experts*” envolvidos com atuação fisioterapêutica na AB e técnica de Conferência de Consenso com “*experts*” para definição e validação das dimensões, indicadores e medidas da avaliação.

4.2 REVISÃO DE LITERATURA

A primeira fase deste estudo foi realizar uma revisão para desenvolver a estrutura inicial do Modelo Teórico-Lógico da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB. A revisão seguiu as seguintes etapas: primeiramente, identificou-se as perguntas de pesquisa. - Como é empregado o conceito de efetividade na atuação fisioterapêutica na AB? - Quais são os indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica apresentados nos estudos?

Tais perguntas foram respondidas considerando que o conceito de efetividade empregado nesse trabalho é o conceito adaptado por Kovaleski *et al.* (2011), no qual

os autores mencionam que 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.

4.2.1 Estratégia de busca

Uma estratégia de busca foi formulada com auxílio de uma bibliotecária experiente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

As bases de dados pesquisadas, a estratégia de busca utilizada, bem como o número de referências recuperadas estão apresentadas na tabela 2. A verificação foi realizada dos dias dois a seis de maio de 2022 e foram identificados 877 estudos.

Tabela 1 - Estratégias e resultados das buscas nas bases de dados

Bases de dados	Estratégia de Busca	Número de referências recuperadas
BVS	<p>((<i>"Avaliação da efetividade"</i> OR <i>"evaluación de la efectividad"</i> OR <i>"Evaluando la efectividad"</i> OR <i>"assessment of effectiveness"</i> OR <i>"Evaluation of the effectiveness"</i> OR <i>"Evaluating the effectiveness"</i>) AND (<i>fisioter*</i> OR <i>Physiother*</i> OR <i>"Physical Therapy"</i> OR <i>"Physical Therapists"</i>) AND (<i>"Atenção Básica em Saúde"</i> OR <i>"Atenção Primária a Saúde"</i> OR <i>"Saúde coletiva"</i> OR <i>"Saúde pública"</i> OR <i>"Sistema único de Saúde"</i> OR <i>"Sistemas de saúde"</i> OR <i>"Atendimento Básico"</i> OR <i>"Atendimento Primário"</i> OR <i>"Atenção Básica"</i> OR <i>"Atenção Primária"</i> OR <i>"Cuidados Primários"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Assistência"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Atendimento"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Atenção"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Cuidado"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Cuidados"</i> OR <i>"Cuidado de Saúde Básico"</i> OR <i>"Cuidados de Saúde Básicos"</i> OR <i>"Cuidado Básico"</i> OR <i>"Cuidados Básicos"</i> OR <i>"Centros de Saúde"</i> OR <i>"Centro de Saúde"</i> OR <i>"Posto de Assistência Médica"</i> OR <i>"Posto de Saúde"</i> OR <i>"Postos de Saúde"</i> OR <i>"Unidade de Saúde"</i> OR <i>"Estratégia Saúde da Família"</i> OR <i>"Estratégia Saúde Familiar"</i> OR <i>"Estratégia Saúde da Família"</i> OR <i>"Estratégia da Saúde da Família"</i> OR <i>"Estratégia de Saúde Familiar"</i> OR <i>"Estratégia de Saúde da Família"</i> OR <i>"Saúde da Família"</i> OR <i>"Programa Saúde da Família"</i> OR <i>"PSF"</i> OR <i>"Programa de Saúde Familiar"</i> OR <i>"Programa de Saúde da Família"</i> OR <i>"Primeros auxilios"</i> OR <i>"Salud pública"</i> OR <i>"sistema único de Salud"</i> OR <i>"sistemas de salud"</i> OR <i>"Atención primaria eme salud"</i> OR <i>"Atención Primaria de Salud"</i> OR <i>"Asistencia Primaria"</i> OR <i>"Asistencia Primaria de Salud"</i> OR <i>"Atención Primaria"</i> OR <i>"Atención Básica"</i> OR <i>"Cuidado de la Salud Primarios"</i> OR <i>"Cuidados Primarios"</i> OR <i>"servicio básico"</i> OR <i>"servicios básicos"</i> OR <i>"Estrategia de Salud Familiar"</i> OR <i>"Primer Nivel de Atención"</i> OR <i>"Programa Salud de la Familia"</i> OR <i>"Programa de Salud Familiar"</i> OR <i>"Centros de Salud"</i> OR <i>"Centro de Salud"</i> OR <i>"Postas Médicas"</i> OR <i>"Puestos Médicos"</i> OR <i>"Puestos de Salud"</i> OR <i>"Unidad Operativa"</i> OR <i>"Public health"</i> OR <i>"Health Unic System"</i> OR <i>"health systems"</i> OR <i>"Primary Health Care"</i> OR <i>"Primary Health Care"</i> OR <i>"Primary Healthcare"</i> OR <i>"Primary Care"</i> OR <i>"basic health care"</i> OR <i>"basic care"</i> OR <i>"basic service"</i> OR <i>"first line care"</i> OR <i>"Family Health Strategy"</i> OR <i>"Family Health Program"</i> OR <i>"Health Centers"</i> OR <i>"Health Center"</i> OR <i>"Health Posts"</i>))</p>	9
PUBMED	<p>((<i>"effectiveness"</i>[Title/Abstract] AND (<i>Physiother*</i>[Title/Abstract] OR <i>"Physical Therapy"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Physical Therapists"</i>[Title/Abstract]) AND (<i>"Public health"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Health Unic System"</i>[Title/Abstract] OR <i>"health systems"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Primary Health Care"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Primary Healthcare"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Primary Care"</i>[Title/Abstract] OR <i>"basic health care"</i>[Title/Abstract] OR <i>"basic care"</i>[Title/Abstract] OR <i>"basic service"</i>[Title/Abstract] OR <i>"first line care"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Family Health Strategy"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Family Health Program"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Health Centers"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Health Center"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Health Posts"</i>[Title/Abstract] OR <i>"Health Posts"</i>[Title/Abstract]))</p>	194

EMBASE https://www-em-base.ez46.periodicos.capes.gov.br/search/quick?phase=continue-ToAp	((effectiveness) AND (Physiother* OR "Physical Therapy" OR "Physical Therapists") AND ("Public health" OR "Health Unic System" OR "health systems" OR "Primary Health Care" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR "first line care" OR "Family Health Strategy" OR "Family Health Program" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts"))	269
Web Of Science	((effectiveness) AND (Physiother* OR "Physical Therapy" OR "Physical Therapists") AND ("Public health" OR "Health Unic System" OR "health systems" OR "Primary Health Care" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR "first line care" OR "Family Health Strategy" OR "Family Health Program" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts"))	379
Banco Tese CAPES	avaliação da efetividade AND fisioter*	10
	"avaliação da efetividade" AND fisioter* AND "atenção primária"	10
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) (Teses e dissertações do Brasil)	"avaliação da efetividade" AND fisioter*	4
	(("avaliação da efetividade") AND (fisioter*) AND ("Atenção Básica em Saúde" OR "Atenção Primária a Saúde" OR "Saúde coletiva" OR "Saúde pública" OR "Sistema único de Saúde" OR "Sistemas de saúde" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Cuidados Primários" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR "Primeiro Nível de Cuidado" OR "Primeiro Nível de Cuidados" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR "Cuidado Básico" OR "Cuidados Básicos" OR "Centros de Saúde" OR "Centro de Saúde" OR "Posto de Assistência Médica" OR "Posto de Saúde" OR "Postos de Saúde" OR "Unidade de Saúde" OR "Estratégia Saúde da Família" OR "Estratégia Saúde Familiar" OR "Estratégia Saúde da Família" OR "Estratégia da Saúde da Família" OR "Estratégia de Saúde Familiar" OR "Estratégia de Saúde da Família" OR "Saúde da Família" OR "Programa Saúde da Família" OR "PSF" OR "Programa de Saúde Familiar" OR "Programa de Saúde da Família"))	2
TOTAL		877

Fonte: elaborado pelos autores

4.2.2 Seleção e análise dos estudos

Após a identificação dos estudos foi realizada sua seleção e análise.

Os arquivos foram armazenados no gerenciador de referências Mendeley e foram eliminados 410 documentos duplicados. Após, os estudos foram importados e gerenciados no Rayyan QCRI onde verificou-se mais nove artigos duplicados. Portanto, foram triados por título e resumo 458 artigos, sendo excluídos 421 artigos, dos quais 37 foram elegíveis para leitura completa. Foram considerados, artigos científicos e literatura cinzenta dos anos de 2012 a 2022 nas línguas, português, inglês e espanhol. Todo o processo se deu por um único autor. Uma visão geral dos estudos incluídos está apresentada na Figura 1 do artigo no artigo 1: **Elementos e indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica à Saúde**

O método *framework* (RITCHIE; SPENCER, 2002) foi utilizado para agrupar, resumir e apresentar os resultados. Primeiramente foi realizada a familiarização dos dados coletados por meio da classificação da aplicação do conceito de efetividade nos estudos selecionados, excluindo artigos onde não se observava aspectos relacionados à análise de componentes de efetividade em fisioterapia, considerando o conceito de efetividade adotado no presente estudo.

Foram excluídos estudos escritos em outras línguas diferentes de inglês, português, espanhol e estudos que não estavam relacionados ao conceito de efetividade adotado, analisando outros aspectos tais como: custo efetividade de intervenção fisioterapêutica, efetividade de métodos e técnicas de fisioterapia, estudos essencialmente epidemiológicos, diretrizes clínicas, estudos de viabilidade de implantação de intervenções específicas, relatórios técnicos e estudos que fugiam a temática “fisioterapia na AB”, contemplando outros níveis de atenção ou temáticas não relacionadas à fisioterapia.

Foram utilizados como critérios de inclusão, artigos que retratavam questões relacionadas ao valor da assistência fisioterapêutica na AB e aspectos relacionados à gestão dos serviços que visassem maximizar resultados e agregar valor à assistência fisioterapêutica, sempre na percepção dos usuários.

Portanto, foram incluídos os artigos que retratavam elementos relacionados a um dos pilares do conceito de efetividade apresentado por Kovalski *et al.* (2011) que “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”.

Estudos de custo efetividade e eficácia foram incluídos apenas quando comparassem aspectos relacionados a maximização da qualidade da gestão, envolvendo a perspectiva do paciente, acesso e aspectos da qualidade do serviço.

4.2.3 Visualização e Mapeamento dos dados

Para apresentar uma visão geral dos estudos incluídos, os dados foram extraídos conforme um formulário padronizado pelo autor constando: Autor (es), ano de publicação, tipo de estudo, aplicação do conceito de efetividade em fisioterapia na AB e principais resultados encontrados.

Em segundo lugar, todos os temas-chave foram identificados. Após os dados foram indexados na forma textual em um quadro apresentando objetivo do estudo, dimensões, medidas e indicadores, codificando as informações relevantes dos estudos. A descrição metodológica e principais resultados está apresentado no “Artigo 1” intitulado: Elementos e indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB pela literatura emergente, respondendo o primeiro objetivo específico da pesquisa.

Após foram classificados de acordo com a relevância do quadro temático e por fim, os temas identificados foram mapeados por meio de quadros e diagramas. A estrutura inicial visualizada foi apresentada por meio da criação do Modelo Teórico e posteriormente descrita através do Modelo Teórico-Lógico.

4.3 ENTREVISTA COM ESPECIALISTAS

Especialistas/”*experts*” em Fisioterapia e Saúde Coletiva foram entrevistados. A entrevista constava de quatro perguntas, a fim de levantar os indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica na AB. A entrevista foi elaborada e validada na disciplina de pós graduação – “Métodos em Avaliação”, cursada em 2019-1 (APÊNDICE A). Dois fisioterapeutas foram entrevistados: um Doutor em Saúde Coletiva e outro Mestre em Saúde Coletiva. Ambos possuíam ampla experiência docente assistencial na área de fisioterapia na AB.

As categorias construídas com base na análise das entrevistas foram transcritas, lidas e analisadas a partir da técnica *framework* (RITCHIE; SPENCER,

2002), visando identificar categorias e indicadores citados pelos participantes e o consenso com o modelo proposto. Os elementos consensuais foram categorizados e identificados, por ordem de frequência os elementos condicionantes da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB.

O modelo construído também considerou o modelo proposto por Buch (2014), relativo a uma pesquisa avaliativa sobre a eficácia da atuação fisioterapêutica nos NASF (Núcleos de Apoio a Saúde da Família).

A técnica de triangulação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005) foi utilizada a fim de consolidar os conteúdos das entrevistas, o modelo de Buch e a literatura emergente, resultando no Modelo Teórico-Lógico e Matriz Avaliativa da atuação fisioterapêutica na AB.

Também foram entrevistados gestores da AB 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 relacionados a atuação fisioterapêutica na AB, o que serviu como base para a construção de uma tipologia de atuação. As perguntas realizadas para os gestores estão descritas no apêndice B.

4.4 CONFERÊNCIA DE CONSENSO

O contato inicial com os “*experts*” foi feito por telefone. Os que aceitaram o convite receberam material enviado por e-mail, com informações sobre o conteúdo e prazo de retorno para a pesquisadora.

A Conferência de Consenso utilizada foi adaptada da técnica descrita por Souza, Silva e Hartz (2005) sendo desenvolvida em duas etapas nesta pesquisa. A técnica permite obter consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno. Na conferência de consenso se busca conciliar a discussão aberta e a preservação do anonimato dentro de uma lógica que seja viável visando o consenso de um grupo a respeito de um determinado fenômeno (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

Na primeira etapa, por e-mail, os participantes receberam a proposta inicial do Modelo Teórico, Modelo Teórico-Lógico, Matriz de Avaliação e *rationales*, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes foram solicitados a manifestar sua concordância (plena ou parcial) ou discordância nos modelos e

em cada componente da Matriz Avaliativa. Além disso, foram solicitados a atribuir a importância de cada uma das dimensões, subdimensões e cada critério de avaliação, a fim de sugerir a inclusão ou exclusão de dimensões, subdimensões ou critérios propostos. Os participantes tiveram 30 dias para apresentar suas considerações.

Foram convidados para participar da Conferência de Consenso quatro participantes além dos dois pesquisadores que conduziam a pesquisa. Todos os especialistas convidados retornaram o e-mail com a análise da proposta inicial e considerações.

Com as respostas em mãos, a pesquisadora consolidou as sugestões enviadas preservando o anonimato dos participantes, e chamou-os para uma reunião presencial, que consistiu na segunda etapa da validação. Os modelos e a Matriz Avaliativa ajustados foram apresentados, considerando as sugestões enviadas previamente, e foi aberto ao debate. Os participantes tiveram oportunidade de expressar suas opiniões e seus argumentos, e foram identificados os pontos de maior e menor desacordo até chegar à unanimidade em relação a todos os itens da Matriz. No final do encontro, a nova Matriz incorporando sugestões dos participantes foi consolidada.

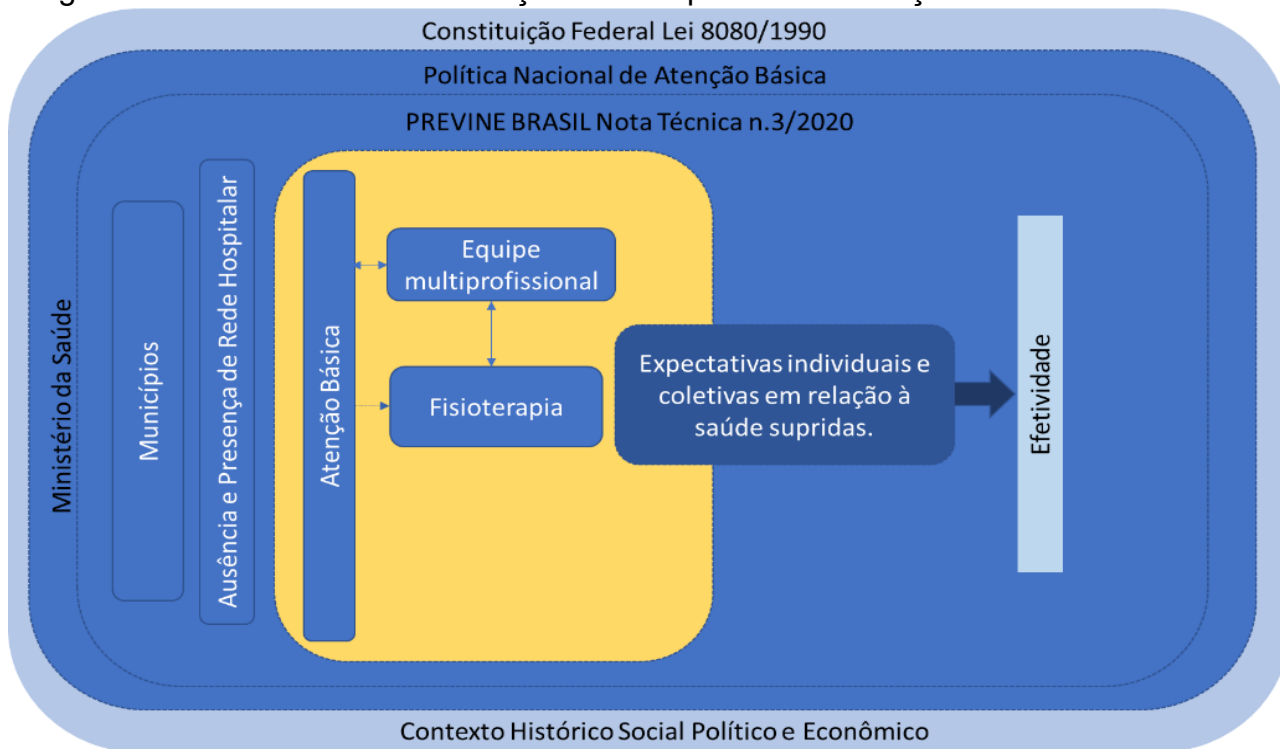
A Conferência de Consenso ocorreu no mês de novembro de 2022, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e contou com seis participantes sendo quatro especialistas/“*experts*” e dois pesquisadores que conduzem o estudo “Avaliação da Efetividade da Atuação Fisioterapêutica na AB”. Quanto aos “*experts*” participaram: (1) Fisioterapeuta, Doutor em Saúde Coletiva na área de Avaliação em Saúde que atua na AB há mais de dez anos; (2) Fisioterapeuta, Gestora de um serviço de fisioterapia na AB de Biguaçu, (1) Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva na área de Avaliação em Saúde e docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) da disciplina Fisioterapia Preventiva, atuando na AB e (1) Cirurgiã Dentista, docente da Universidade Federal de Santa Catarina com ampla experiência em pesquisas em Avaliação em Saúde.

4.4.1 Modelo Teórico e Modelo Teórico-Lógico

Ao final das três etapas descritas consolidou-se o Modelo Teórico, Modelo Teórico-Lógico e Matriz Avaliativa da atuação fisioterapêutica na AB.

O Modelo Teórico, Modelo Teórico-Lógico consolidado estão apresentados a seguir (figura 5 e 6)

Figura 5 - Modelo Teórico da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica à Saúde



Fonte: elaborado pelos autores

A relação entre os diferentes tipos de atuação fisioterapêutica na AB foi caracterizada com a seguinte tipologia de atuação: Tipo 1- Equipe multidisciplinar/multiprofissional com fisioterapeuta - equipes que operam em modelo de equipes multidisciplinares mesmo após as mudanças de financiamento instituídas pela Nota Técnica n.3/2020; Tipo 2- Equipe multidisciplinar com Fisioterapeuta terceirizado/credenciado - equipes multidisciplinares que não possuem fisioterapeuta na equipe e para suprir a demanda de fisioterapia na AB contam com suporte técnico de clínicas credenciadas; Tipo 3- Mista (abarca os tipos 1 e 2), contando com fisioterapeuta próprios e também terceirizados/credenciados.

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 8080/1990, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), 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 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visando atender as principais demandas e expectativas coletivas e individuais da população.

Rationales encontra-se no APÊNDICE C - **RATIONALES**.

Figura 6 - Modelo Teórico-Lógico para avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB



Fonte: elaborado pelos autores

A descrição do Modelo Teórico, Modelo Teórico-Lógico Matriz Avaliativa, indicadores, medidas, *racionales* e outras informações detalhando a aplicação da Matriz, estão contempladas nos resultados desta pesquisa, no artigo intitulado: **Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica.**

A Matriz Avaliativa aplicada neste trabalho, encontra-se no final da seção 4.6 (p. 75).

4.5 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

A fim de testar o Modelo Teórico-Lógico e a Matriz Avaliativa da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB, realizou-se um estudo de casos múltiplos (YIN, 2010); envolvendo seis municípios com diferentes portes populacionais e presença ou não de rede hospitalar.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de entrevistas utilizando as questões da Matriz Avaliativa, respondidas por informantes-chave.

Fisioterapeutas da AB e gestores participaram das entrevistas, assim como usuários do serviço de fisioterapia. Fontes de dados secundários foram utilizados para complementar as informações dos municípios, com análise de documentos oficiais em relação à regulação do serviço de fisioterapia, informação do DATASUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (<http://www.ibge.gov.br>) (DATASUS, 2021; IBGE, 2023).

4.5.1 Seleção dos Casos

A seleção dos municípios ocorreu por critério intencional, sendo aplicado em municípios do Estado de Santa Catarina. Devido à facilidade de acesso e articulação institucional foi eleita a macrorregião da Grande Florianópolis. Dentre seus 22 municípios, seis foram selecionados de forma intencional considerando porte populacional e presença ou não de rede hospitalar, devido as possíveis influências das características do sistema local de saúde sobre a atenção fisioterapêutica.

A decisão em selecionar municípios de diferentes portes e presença ou não de rede hospitalar se justifica pela intenção de testar a Matriz em diversos contextos, com diferentes demandas de fisioterapia, tendo como princípio que a diversidade dos

casos traria uma maior chance de detecção da necessidade de realizar ou não ajustes na forma de medir os indicadores previamente selecionados.

A população do estudo foi constituída por profissionais de fisioterapia, gestores municipais e usuários. Foram utilizados como critérios de exclusão da amostra: não ter gestão vinculada a Serviço de Fisioterapia, fisioterapeutas e profissionais que não atuam em equipes multiprofissionais ou junto às equipes, ou atuam exclusivamente em média e alta complexidade, profissionais que informaram não querer participar da pesquisa, ou profissionais que mesmo após primeiro retorno deixaram de retornar a pesquisadora.

Em relação à população atendida pelo serviço de fisioterapia, foi considerado critério de exclusão apresentar alguma limitação que impedisse de participar do estudo, como indisponibilidade de responder a entrevista no período de coleta de dados.

A aplicação das perguntas da Matriz foi realizada via WhatsApp sendo realizada uma videochamada. A pesquisadora solicitou autorização para gravação de áudio, realizada quando autorizada. Somente a pesquisadora que conduziu a pesquisa teve acesso às gravações e todas as informações ficaram em sigilo.

4.5.2 Casos - Tipologia

Os dados populacionais, número de hospitais gerais e tipo de atuação fisioterapêutica oferecida para a AB nos anos de 2021 e 2023 dos casos contemplados neste estudo estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados populacionais das cidades da macrorregião da Grande Florianópolis, número de hospitais gerais e tipo de atenção fisioterapêutica oferecida para a Atenção Básica em Saúde

Município e População (CENSO 2012 – DATASUS)	Hospital Geral n	Classificação	Tipologia da atuação fisioterapêutica 2021 e 2023
Município 1- 433.158 habitantes	17	grande porte – com hospital	Tipo 1 – Fisioterapeuta equipe multidisciplinar
Município 2- 142.558 habitantes	-	grande porte – sem hospital	Tipo 1 – Fisioterapeuta equipe multidisciplinar

Município 3- 20.332 habitantes	1	médio porte – com hospital	Tipo 3 – Mista*- Fisioterapeuta equipe multidisciplinar + clínicas credenciadas
Município 4- 18.890 habitantes	-	médio porte – sem hospital	Tipo 3- Mista - Fisioterapeuta equipe multidisciplinar + clínicas credenciadas
Município 5- 9.494 habitantes	1	pequeno porte – com hospital	Tipo 1 – Fisioterapeuta equipe multidisciplinar
Município 6- 7.613 habitantes	-	pequeno porte – sem hospital	Tipo 2 – Clínicas Credenciadas

Fonte: elaborado pelos autores

Em 2021 a tipologia foi construída com base em informações de gestores, enquanto se discutia a anuência para realização da pesquisa, em período em que as atividades eram essencialmente remotas devido à pandemia.

Para a construção da tipologia foram entrevistados gestores da AB de seis municípios da macrorregião da Grande Florianópolis. Os gestores trouxeram informações sobre a descrição dos processos de trabalho, funções, atribuições e rotinas de trabalho relacionados a atuação fisioterapêutica na AB, o que serviu como base para a construção de uma tipologia de atuação. Portanto, a tipologia considerou a perspectiva do gestor em relação à forma como as demandas de fisioterapia eram atendidas na AB.

Em 2023 houve a modificação na classificação da tipologia do município 3, visto que em dezembro de 2021, inaugurou-se um Centro de Práticas Integrativas, e um fisioterapeuta passou a atuar neste, atendendo as demandas da ESF na AB, sendo a tipologia do município modificada de tipo 2 para tipo 3 no período da coleta de dados (2023).

Ressalta-se que o termo “equipe multidisciplinar” é aqui utilizado como sinônimo de “equipe multiprofissional”, referindo-se as antigas equipes NASF-AB.

O detalhamento de cada caso está apresentado a seguir, visto que a dinâmica de atuação de cada município era única e foram utilizados critérios distintos para seleção dos participantes.

4.5.3 Descrição dos Casos

A seguir, é apresentado as principais características de cada município selecionado. Porte populacional, presença ou não de rede hospitalar, processo de trabalho e perfil do público atendido estão entre as informações que são detalhadas em cada caso descrito.

4.5.3.1 Caso 1- Município de grande porte com hospital - tipo 1

Características do Município

O Município tinha população estimada em 2021 de 421.240 pessoas (IBGE, 2023).

Em 2023 o serviço de Fisioterapia da AB contava com 10 profissionais que atendiam 140 equipes da ESF, sendo 49 Unidades de Saúde para todos os profissionais cobrir com carga horária de 30 horas. Os serviços oferecidos incluem: consulta individual, teleconsulta, apoio matricial presencial ou remoto: dúvidas clínicas, grupo de WhatsApp: fisioterapia apoio clínico, interconsulta presencial ou remota, atividades coletivas e visita domiciliar, sendo que, todas as intervenções são realizadas por todos os profissionais. Nas unidades, desenvolvem-se atividades relacionadas à supervisão de estágio e preceptoria de residentes. O município mantém a dinâmica de trabalho multidisciplinar mesmo após as mudanças de financiamento ocorridas.

Para encaminhar para a fisioterapia na AB, o paciente deve ter estabilidade clínica que possibilite a prática de exercícios terapêuticos, sendo contra-indicado: doenças crônicas descompensadas (diabetes, hipertensão, outras causas que gerem instabilidade clínica, ou trombose venosa profunda).

Médicos, enfermeiros da AB, fisioterapeutas e ortopedistas podem encaminhar para fisioterapia. Demais profissionais da AB devem discutir o caso com apoio matricial da fisioterapia. Profissionais da atenção especializada devem encaminhar pacientes para equipe da AB.

Se houver indicação de visita domiciliar, o profissional deve discutir o caso usando o apoio matricial para considerar agendar visita. O fisioterapeuta irá avaliar a necessidade de encaminhamento para fisioterapia especializada e realizará orientações de autogerenciamento do cuidado. Se houver indicação de grupo, o profissional

deve encaminhar o caso usando o apoio matricial da fisioterapia para que o usuário seja incluído na atividade coletiva.

A prefeitura possui um protocolo de classificação de prioridade organizando os casos em urgentes, pouco urgentes e não urgentes. Dispõe de orientações claras sobre exames e orientações para encaminhamentos, além de critérios bem estabelecidos para as mais diversas condições de saúde. Leva em consideração o diagnóstico cinesiológico funcional do usuário e o tempo em que tal situação permanece, como por exemplo, fratura de ossos da região de punho e mão ocorrida há menos de 6 meses com limitação funcional, a partir destes critérios são estabelecidos critérios referentes a encaminhamento e local onde o usuário deve ser atendido. Além dos profissionais da equipe, o município conta com residentes e estagiários de uma Universidade Estadual.

Os profissionais atuam em Centro de Saúde Centrais, os quais se constituem como referência de outras unidades denominadas Centros de Saúde Satélites. As consultas ocorrem no consultório do Centro de Saúde (CS) ou por teleconsulta. Os grupos são fechados com cerca de 10 a 15 usuários e tem duração de quatro a seis semanas e ocorrem de forma multiprofissional. Além disso, os fisioterapeutas da APS desenvolvem práticas corporais integrativas. Há uma distribuição da organização do trabalho, considerando carga horária para atividades assistenciais (70%), apoio matricial (20%), ações de planejamento e gestão do trabalho (10%).

Os materiais/equipamentos utilizados na atuação na AB são materiais para práticas de exercícios (colchonetes, tapetes de yoga, bastões, bolas, alteres, faixas elásticas) e alguns materiais específicos para utilização na avaliação dos usuários como goniômetro, estadiômetro, balança, estetoscópio etc.

Os fisioterapeutas atuam nos seguintes Centros de Saúde (CS) e Centros de Saúde Satélites, atendendo todas as regiões do município. Para envolver todas as regiões, foram convidados a participar da pesquisa um profissional de cada um dos distritos, contemplando o distrito Centro, Continente, Norte e Sul, participando da pesquisa quatro dos dez fisioterapeutas atuantes na AB, sendo um dos participantes, também responsável pela gestão do serviço.

Participantes da pesquisa

Em contato com a gestão e a equipe de fisioterapia, os profissionais de fisioterapia receberam informações da pesquisa e o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após explanou-se as características dos usuários elegíveis para o estudo. Após então a pesquisa foi divulgada para os usuários atendidos pelos profissionais.

A participação dos usuários ocorreu por adesão, portanto, os profissionais divulgaram a pesquisa e quando o participante aceitava participar era feito o contato entre usuário e pesquisadora. A pesquisadora enviava uma mensagem via WattsApp para o usuário com TCLE e quando recebido o retorno de aceite, era feito contato formal através de uma vídeo chamada e as questões da Matriz eram respondidas.

Foi solicitado a cada profissional a divulgação aos usuários com as seguintes características: usuários com dor lombar crônicas (DL) que estavam na AB há pelo menos três meses em contato com intervenções diversas de fisioterapia e usuários restritos ao domicílio (RD). Solicitou-se a indicação intercalada, considerando dois usuários com dor lombar crônica e um restrito a domicílio e dois usuários restritos ao domicílio e um com lombar crônica para o distrito subsequente.

Foram contatados 15 usuários, sendo que retornaram a mensagem reafirmando autorização para a pesquisa 13. Portanto, participaram da pesquisa, quatro fisioterapeutas da AB, sendo que, um deles tinha carga horária compartilhada entre atuação e gestão e 13 usuários, sendo sete usuários com dor lombar crônica e seis usuários restritos ao domicílio com as seguintes características em cada um dos distritos conforme apresentadas na Tabela 3.

Informações relacionadas à gestão foram respondidas pela fisioterapeuta gestora do serviço e também profissional da assistência.

Tabela 3 - Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica por distrito do município 1

Distrito	Restrito ao domicílio (RD)	Dor lombar crônica (DL)
	n	n
Centro	1	1
Continente	2	2
Norte	1	1
Sul	2	3
Total	6	7

Fonte: elaborado pelos autores

Dos participantes RD, a maioria tinha sequelas de AVC e encontravam-se acamados (quatro usuários), uma era acamada e tinha Alzheimer e uma era amputada de membros inferiores (bilateral), sendo a única respondente das questões. Todos os demais tiveram as questões respondidas pelo(a) cuidador(a). A atuação fisioterapêutica ocorria por meio de visitas sem periodicidade estabelecida.

4.5.3.2 Caso 2- Município de grande porte sem hospital - tipo 1

Características do município

O município tinha população estimada em 2021 de 178.679 pessoas (IBGE, 2023). Em 2021, ao entrar em contato com a Secretaria de Saúde do município e firmar anuência quanto a parceria para a pesquisa, obteve-se a informação de que o município possuía profissionais fisioterapeutas nas equipes NASF-AB na AB.

A descrição das atividades do setor de fisioterapia foi publicada em jornal de divulgação de ações de gestão municipal, com balanço das atividades do setor durante o ano de 2018, em que se apontava a existência e funcionamento do NASF-AB (SAÚDE, 2019).

O relato dos entrevistados ressaltou os trabalhos realizados com fisioterapeutas do NASF-AB voltados aos grupos de gestantes, idosos, caminhada terapêutica, terapia comunitária, grupos para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, grupos de alongamento, auriculoterapia, grupos de alongamento e exercícios, além de grupos para prevenção de quedas em idosos (SAÚDE, 2019).

No entanto, em 2022, ao fazer o primeiro contato com o gerente do serviço de fisioterapia, e em 2023, ao iniciar a coleta de dados, o mesmo informou que as atividades do NASF haviam sofrido grande impacto com a pandemia, e que via a fisioterapia como setor de média complexidade. O gerente menciona que mesmo estando na AB, a função da equipe está mais voltada para média complexidade já que os profissionais usam as salas das unidades básicas para atendimentos, como se fossem salas emprestadas.

No primeiro trimestre de 2023 as seguintes atuações eram realizadas: grupos com equipes do Núcleo de Educação Permanente (NESP), fisioterapia domiciliar, triagens, teleatendimento e atendimento presencial, perícias para retorno ao trabalho. A equipe de 35 fisioterapeutas atende diversas situações, no entanto, os profissionais tinham papel específico, por exemplo, fisioterapeutas realizavam apenas triagem ou atendimento domiciliar, outros que conduziam apenas grupos e outros realizavam assistência individual.

Segundo o gerente, quando o paciente dá entrada na UBS é realizada triagem com o fisioterapeuta. Segundo informação deste, antes de se realizar uma triagem pelo fisioterapeuta, os encaminhamentos eram feitos por dados clínicos e havia muito erro nos encaminhamentos. Com a inserção do fisioterapeuta na triagem os encaminhamentos passaram a ser mais assertivos.

A triagem para a fisioterapia leva em média 15 a 20 dias para acontecer. Às vezes é feito mutirão para fila zero na triagem. Alguns meses são atendidos 800-900 pacientes, outros meses 600. O que determina o volume dos atendimentos são os fluxos nos hospitais, pois quando há maior número de cirurgias e acidentes, há um impacto na fila para a fisioterapia. Apesar de não possuir hospital, o município recebe muitos encaminhamentos do Hospital Regional e Hospital Celso Ramos, presentes em cidade próxima.

Dois fisioterapeutas atuam somente nas triagens, sendo realizadas aproximadamente 40 triagens por dia. A Unidade tem em média 400 pacientes na fila de espera. Aqueles classificados como "vermelho" aguardam 10-12 dias, os "amarelo" aguardam um pouco mais. Na triagem os pacientes são classificados em: casos "vermelho" - prioridade, "amarelo" - não tem tanta prioridade, "azul" são crônicos que não conseguem fazer atividades de forma independente e "verde" são crônicos que participam dos grupos.

O município tem serviço de telereabilitação desde a pandemia. Pacientes com dificuldades de ir à Unidade de Saúde por motivos financeiros, mas que têm acesso à internet e WhatsApp são atendidos pela telereabilitação. A triagem é sempre presencial, e nesse momento é definido se o paciente pode ser atendido dessa forma. A telereabilitação tem início, meio e fim, e evita o deslocamento de 50-60km para muitos usuários, beneficiando aqueles com doenças crônicas e bariátricos.

Esta forma de atendimento permite um alcance maior de pacientes do que o atendimento presencial (presencial 2 usuários a cada hora) atendendo de 5 a 10 ao mesmo tempo e permite atender diversas regiões. No auge da pandemia alcançou pacientes acamados, que voltaram ao atendimento presencial.

A triagem para o tratamento com fisioterapia é feita na UBS, após o paciente é encaminhado para a UBS mais próxima da sua residência. O município tem 25 postos de saúde e 8 locais de atendimento, sendo sete UBSs e um Centro de Referência. Dois profissionais de fisioterapia realizam atendimento domiciliar e com a melhora os pacientes voltam a frequentar os atendimentos na AB. O município conta com 42 equipes de ESF.

O município também possui o programa Melhor em Casa para pacientes em cuidados paliativos, sendo que o fisioterapeuta faz parte da equipe. Usuários restritos a domicílios também são atendidos por fisioterapeutas vinculados diretamente à UBS.

O gestor informou que pretende reestruturar o antigo “NASF” e relatou que atividades como territorialização e acolhimento não estão sendo realizadas.

Participantes da pesquisa

Diante de tal cenário, foram selecionados para participar da pesquisa de forma intencional três fisioterapeutas que atuavam na condução de grupos de dor lombar crônica, nos quais pacientes com dor lombar classificados como “verde” (tinham seu quadro de saúde estabilizado), eram atendidos em grupos fechados com práticas de cinesioterapia associadas à educação em saúde.

Foram entrevistados oito usuários com dor lombar crônica indicados por três fisioterapeutas que conduziam os grupos. Também participaram da pesquisa dois usuários restritos ao domicílio e o fisioterapeuta responsável pelo seu atendimento. Um dos fisioterapeutas que atendida usuários restritos ao domicílio, inicialmente

aceitou participar da pesquisa, depois não deu mais retorno à pesquisadora. Informações relacionadas à gestão do serviço foram respondidas pelo gerente do serviço de fisioterapia (Tabela 4).

Fisioterapeutas e usuários atendidos pelo programa Melhor em Casa não participaram da pesquisa, pois os profissionais do programa não apresentaram disponibilidade para participar no período da coleta de dados.

Tabela 4 - Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica do município 2

Fisioterapeuta/Grupo	Restrito ao domicílio (RD)	Dor lombar crônica (DL)
	n	n
Fisioterapeuta 1 - Domiciliar	2	-
Fisioterapeuta Grupo 1	-	3
Fisioterapeuta Grupo 2	-	3
Fisioterapeuta Grupo 3	-	2
Total	2	8

Fonte: elaborado pelos autores

Os usuários restritos ao domicílio apresentavam os seguintes quadros: uma usuária acamada com câncer, com dor crônica e lesão de supra espinhoso e outra usuária também acamada apresentava Alzheimer.

Os usuários recebem atendimento após solicitação médica e quando acabam as “sessões solicitadas” precisam de nova guia para seguir o tratamento. O atendimento era realizado de forma sequencial, por exemplo, dez atendimentos em dias úteis semanais seguidos.

4.5.3.3 Caso 3- Município de médio porte com hospital- tipo 3

Características do município

O município tinha população estimada em 2021, de 21.317 habitantes (IBGE, 2023).

Segundo informação da gestora da equipe multiprofissional da ABS, o município possui equipe “multi” composta por pediatra, ginecologista, nutricionista,

fonoaudióloga, psicóloga e assistente social. Em 2021 a gestora menciona que a equipe se denomina NASF-AB ou profissionais da rede e relata que a unidade tem dificuldade de fazer matriciamento e trabalha na lógica do encaminhamento.

A gestora relatou que as demandas de fisioterapia da AB são atendidas pelo credenciamento de clínicas da região, e falou da dificuldade de fazer a regulação da fisioterapia sem profissional na equipe, pois existem pacientes que fazem fisioterapia há cinco anos. Mencionou que há condução de grupos, no entanto, sem a presença de fisioterapeuta.

Em dezembro de 2022, ao iniciarmos a coleta de dados fomos informados que em 8 de dezembro de 2021, para fins específicos de tratamentos em saúde pública, foi inaugurado o Centro de Práticas Integrativas e Complementares. Segundo informações do Ministério da Saúde (2021) as águas termais do município brotam a 39°C, têm radônio, lítio e outros minerais na composição e o seu uso pode beneficiar usuários com dores crônicas e complementar ações de saúde da Atenção Primária segundo reportagem do município. Além do termalismo, os cidadãos passaram a ter acesso à acupuntura, aromaterapia, Reiki, entre outras práticas.

Portanto, com a inauguração do Centro de Práticas Integrativas o município passou a contar com a presença de um profissional de fisioterapia prestando atendimento de quiropraxia a usuários da AB, entre eles, usuários com dor lombar crônica. Com isso a tipologia do município passou a ser mista, envolvendo atuação de clínicas credenciadas e de profissional vinculado diretamente à AB, mesmo que não vinculado diretamente à equipe multiprofissional, mas por atender demandas solicitadas por profissionais da equipe.

O profissional de fisioterapia atuava especificamente com quiropraxia e atendia demandas da AB. Diante de tal cenário, foi feito contato com o profissional do Centro de Práticas Integrativas para selecionar usuários que se enquadravam dentro dos critérios da pesquisa.

Os usuários restritos ao domicílio AD1 eram atendidos por clínicas credenciadas, enquanto os usuários AD2 e AD3, por fisioterapeuta contratado pelo município. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c), a modalidade AD1, destina-se a pacientes que possuem problemas de saúde controlados com dificuldade física de locomoção até a Unidade Básica de Saúde. São usuários que necessitam de cuidados

de menor intensidade, precisando de menor frequência de visitas e com capacidade de serem atendidos pelas equipes que compõem a AB.

O município possuía quatro clínicas de fisioterapia credenciadas, das quais duas foram selecionadas para participar da pesquisa. A seleção foi realizada pela regulação. Uma das clínicas foi escolhida de forma intencional por atender os usuários restritos ao domicílio do município. As quatro clínicas atendiam usuários com dor lombar crônica, sendo que a seleção da segunda clínica se deu por sorteio.

Portanto, cada profissional tinha uma forma de atuação específica, sendo o fisioterapeuta que atendia Práticas Integrativas e Complementares (PICS) usando uma técnica específica, os fisioterapeutas da clínica atuando em assistência, com os recursos disponíveis nas clínicas e um fisioterapeuta atendia as demandas dos usuários restritos ao domicílio AD1.

Após definição das clínicas, a pesquisadora formulou um e-mail informando sobre a pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, os quais foram enviados pela regulação para as clínicas, a fim de que repassasse o contato de usuários que se enquadravam dentro dos critérios da pesquisa e aceitassem participar da mesma. Toda a comunicação e contato com as clínicas foi feito pela regulação do município.

Os usuários atendidos no Centro de Práticas Integrativas tinham a disponibilidade de oito atendimentos. Para contemplar o critério de três meses sob atuação fisioterapêutica previsto na Matriz, a regulação identificou usuários que realizaram tratamento fisioterapêutico nas clínicas antes ou após atuação prestada no Centro de Práticas Integrativas.

Participantes da pesquisa

O gestor da equipe multiprofissional da AB e o profissional responsável pela regulação responderam às perguntas relacionadas às ações de gestão. Também participaram o fisioterapeuta do Centro de Práticas Integrativas e usuários com dor lombar crônica e restritos a domicílio do município, totalizando oito usuários com dor lombar crônica e quatro usuários restritos a domicílio.

Foram contatados 15 usuários, sendo que três usuários não responderam ao contato. Dos usuários respondentes, quatro tinham dor lombar crônica e eram atendidos no Centro de Práticas Integrativas, um usuário com dor lombar crônica e quatro

usuários restritos a domicílio eram atendidos na Clínica 1, e três usuários atendidos na Clínica 2 (Tabela 5).

Tabela 5 - Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica do município 3

Profissional/Clínica	Restrito Domicílio (RD)	Dor lombar crônica (DL)
	n	n
Fisioterapeuta	-	4
Clínica 1	4	1
Clínica 2	-	3
Total	4	8

Fonte: elaborado pelos autores

Os pacientes restritos ao domicílio apresentavam AVC (dois casos), doença degenerativa e amputação unilateral. Os atendimentos ocorriam com frequência que variava de dois dias na semana até todos os dias.

4.5.3.4 Caso 4- Município de médio porte sem hospital - tipo 3

Características do município

O município tinha população estimada em 2021 de 24.070 pessoas (IBGE, 2023). O município possui 13 Unidades Básicas de Saúde, sendo seis unidades mães (com equipes de ESF) e as outras sete são extensões com equipes de Atenção Primária à Saúde (EAP).

A diretoria da AB e o responsável técnico da Fisioterapia forneceram as informações necessárias para a pesquisa.

Há dois sistemas de atendimento fisioterápico dentro da AB: clínicas credenciadas e equipe multiprofissional. A maior parte dos atendimentos (90%) são realizados pelas clínicas credenciadas, até que o município tenha seu próprio sistema de reabilitação. O processo funciona da seguinte forma: o encaminhamento para a fisioterapia é feito por profissional médico, o pedido é protocolado no Sistema de Regulação do Governo Federal (SISREG). A triagem é feita por fisioterapeuta da equipe multiprofissional, sendo que “a partir da prescrição médica se realiza o encaminhamento para as clínicas terceirizadas”. O segundo braço de atendimento é pela equipe da AB.

O município conta com fisioterapeutas na equipe multiprofissional, sendo que um dos profissionais faz acupuntura e atendimento, além de atuar na gestão e regulação da fisioterapia. Um fisioterapeuta atende grupos de dor lombar e usuários restritos ao domicílio, e uma fisioterapeuta conduz grupos de práticas corporais e grupos de gestantes e realiza atendimentos a usuários restritos ao domicílio.

Os usuários restritos a domicílio são avaliados pelo fisioterapeuta, que determina a frequência em que será empregado o atendimento.

Para atender a demanda reprimida de atendimento, o município contrata atendimento de fisioterapia de quatro clínicas que são credenciadas com a prefeitura, visando suprir a demanda de fisioterapia na AB com a Média Complexidade.

Aproximadamente 90% das solicitações de fisioterapia vêm da AB. Não é aceito protocolo no SISREG vindo de médico da saúde particular. O usuário precisa passar por um profissional do SUS para ter acesso ao serviço de fisioterapia pela prefeitura.

Segundo informações do gestor, PICS, como a acupuntura é produção da AB, mesmo que o atendimento seja realizado na policlínica. Na acupuntura são utilizados recursos específicos de tal técnica, nos grupos, materiais necessários para cinesioterapia, e na assistência aos usuários com dor lombar nas clínicas, recursos diversos de eletroterapia e termoterapia.

Portanto, como é possível observar na descrição acima, cada profissional tinha uma atuação específica, sendo que da equipe multiprofissional, um profissional realizava assistência e PIC, outro conduzia grupos de coluna e atendimento domiciliar, e outro conduzia grupos de incontinência urinária e atenção domiciliar, enquanto as clínicas terceirizadas realizavam apenas assistência.

Participantes da pesquisa

Diante de tal cenário, foram elencados para participar da pesquisa, o gestor da AB e três fisioterapeutas que fazem parte da equipe multiprofissional, além de seis usuários com dor lombar atendidos por estes e três usuários restritos ao domicílio, totalizando nove usuários atendidos pela equipe multiprofissional.

Também foram identificados quatro usuários que realizaram atendimento em duas das quatro clínicas credenciadas, sendo todos pacientes com dor lombar crônica, totalizando 13 usuários participantes da pesquisa.

No total, foram contatados 19 usuários, sendo que dois usuários com dor lombar crônica não retornaram o contato da pesquisadora, dois recusaram-se a participar e dois usuários restritos ao domicílio também declararam não ter intenção de participar da pesquisa.

Os profissionais das clínicas credenciadas não responderam às perguntas da Matriz. As perguntas referentes a uso de medicamentos foram respondidas pelos usuários, a questão sobre educação permanente foi respondida pelo gestor da AB. As clínicas que participaram da pesquisa foram sorteadas pela pesquisadora e pelo responsável técnico da fisioterapia na AB (Tabela 6).

Tabela 6 - Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica por distrito do município 4

	Restrito Domicílio	Dor lombar crônica
	n	n
Clinica credenciada 1	-	2
Clinica credenciada 2	-	2
Fisioterapeuta 1	2	4
Fisioterapeuta 2	1	0
Fisioterapeuta 3	-	2
Total	3	10

Fonte: elaborado pelos autores

Os usuários restritos ao domicílio apresentavam AVC (dois) e um lesão medular. Todos usuários eram atendidos semanalmente.

4.5.3.5 Caso 5- Município de pequeno porte com hospital- tipo 1

Características do município

O município tinha população estimada em 2021, de 9.410 pessoas (IBGE, 2023). É um município predominantemente agrícola e é no ambiente rural que está

concentrada a maior parte da sua população, onde se desenvolve o cultivo da cebola, base da economia local.

Um profissional da equipe e um gestor relataram que o NASF em 2011 era estadual, enquadrava-se em NASF 2 com 120 horas profissionais. Quatro profissionais faziam parte da equipe (Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo e Farmacêutico).

A atuação do profissional fisioterapeuta do NASF-AB ocorreu em grupos nas escolas (Programa Saúde na Escola), evento de drogadição, tabagismo, grupo de caminhada e gestantes, tendo sempre NASF-AB como equipe de apoio. O grupo de caminhada era envolvido em ações de limpeza de rio e setembro amarelo. Como característica de uma cidade pequena, os usuários se comunicavam e havia uma boa adesão nos grupos, no entanto, segundo o gestor, a pandemia modificou a dinâmica em relação aos grupos e a unidade de saúde precisou focar em outras demandas.

Em 2021 a gestão informou que a questão do financiamento ainda não havia modificado a dinâmica de trabalho do município, já em 2023 relatou que o município atuou com maior enfoque para dar suporte a questões de odontologia, educação na escola e gestantes devido a mudanças de indicadores do SUS. A equipe também mudou em 2023, sendo composta apenas pelo fisioterapeuta e a psicóloga.

O município possui duas Unidades Básicas e três ESF. O usuário busca a UBS e quando há necessidade de fisioterapia, vai até a unidade central onde se realiza o agendamento. O fisioterapeuta avalia as necessidades, que vão sendo alocadas no agendamento priorizando-se principalmente os pós-operatórios, lesões medulares e acamados, pós covid, e crianças. Atestado de perícia para INSS também é prioridade, pois, segundo o fisioterapeuta, o encaminhamento de uma carta com o diagnóstico cinesiológico funcional bem detalhado tem bastante peso no processo.

Na listagem de espera maior, ficam os casos de lombalgia, cialgia e Síndrome do Impacto. Como o município é agrícola, há muitas demandas por conta de questões músculo esqueléticas.

Como há apenas um fisioterapeuta no município, o profissional adota a dinâmica de realizar dois atendimentos e prescrever exercícios para fazer em casa, solicitando que retorne para reavaliação, a fim de atender um maior número de pessoas e torná-los protagonistas do próprio tratamento. Os recursos utilizados durante os

atendimentos são diversos, desde materiais para cinesioterapia como eletroterapia, termoterapia, etc.

Segundo informações do gestor da fisioterapia, o usuário quando vem para a unidade de saúde, geralmente ele vem após a realização dos exames com especialistas e especialistas solicitam a fisioterapia. Quando é algo mais simples, um atendimento compartilhado resolve mesmo dentro da unidade básica.

O gestor menciona que no mês do plantio da cebola (maio/junho) vários usuários chegam a plantar, 30 mil pés de cebola por dia. Para realizar a plantação os trabalhadores ficam com a coluna fletida e com os joelhos estendidos e devido à postura que adotam. São meses em que há uma procura alta pela fisioterapia.

Informa que o município firmou parceria com clínicas de hidroginástica e hidroterapia para que se possam ter mais recursos, a fim de amenizar a dor presente em muitos residentes do município. Relata que às vezes os usuários vão procurar na rede privada um tratamento contínuo, o que não é ofertado no SUS.

Participantes da pesquisa

Quanto aos participantes da pesquisa, o gestor da equipe e também profissional de fisioterapia divulgou a pesquisa no município e 10 usuários permitiram o contato com a pesquisadora. Foram contemplados, portanto, de forma intencional oito usuários com dor lombar crônica e dois usuários restritos ao domicílio. Os usuários foram contatos pelo WhatsApp, receberam o TCLE e após retornarem a pesquisadora com permissão para o contato, responderam à pesquisa por meio de uma videochamada.

Os dois usuários restritos ao domicílio tiveram AVC e estavam acamados. Os usuários eram atendidos uma vez por semana.

4.5.3.6 Caso 6- Município de pequeno porte sem hospital - tipo 2

Características do município

O município tinha população estimada em 2021 de 8.712 pessoas (IBGE, 2023). Trata-se do maior produtor de hortaliças de Santa Catarina, tendo a agricultura a força da economia do município.

A Prefeitura possuía NASF-AB em 2021. Uma UBS, quatro equipes de ESF composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e dentista. Além disso, a UBS conta com psicólogo e psiquiatra. Fisioterapeuta e nutricionista são terceirizados. Para atenção fisioterapêutica, ESF e hospitais encaminham para clínica terceirizada.

Em 2023 o município segue prestando atenção fisioterapêutica para os usuários pela média complexidade. Os recursos são diversos contemplando eletroterapia, termoterapia entre outros.

Participantes da pesquisa

O município possui cinco clínicas credenciadas, sendo que três atendiam usuários com dor lombar crônica e duas também prestavam atendimento domiciliar a usuários restritos ao domicílio. Foram selecionadas de forma intencional três clínicas, por prestarem atendimento ao município há mais tempo.

Por solicitação da gestão, a pesquisadora fez contato com o responsável técnico da clínica e solicitou a divulgação da pesquisa para usuários que se enquadravam nos critérios de elegibilidade. O gestor da AB também participou da pesquisa.

Os profissionais das clínicas credenciadas não responderam às perguntas da Matriz. As perguntas referentes ao uso de medicamentos foram respondidas pelos usuários, e a questão sobre a educação permanente foi respondida pelo gestor da AB.

Os usuários foram contatados pelo WhatsApp e responderam à pesquisa por meio de uma videochamada. O número de participantes está apresentado na Tabela 7.

Tabela 7- Número de participantes restritos ao domicílio e participantes com dor lombar crônica do município 6

Grupo	Restrito ao domicílio	Dor lombar crônica
	n	n
Clinica credenciada 1	1	3
Clinica credenciada 2	-	4
Clinica credenciada 2	2	1
Total	3	8

Fonte: elaborado pelos autores

Os três usuários restritos ao domicílio tinham quadros distintos e dois recebiam atendimento de fisioterapia duas vezes na semana (um usuário acamado devido a acidente e um hemiplégico devido a AVC) e outro usuário recebia fisioterapia uma vez na semana (usuário acamado com paralisia supra nuclear progressiva).

4.6 FONTE DE EVIDÊNCIAS E COLETA DE DADOS

No Quadro 1 estão especificadas as dimensões, subdimensões, indicadores, medidas, questões das entrevistas e opções de respostas que fazem parte da Matriz Avaliativa da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB. Os parâmetros utilizados e fonte de evidências também estão detalhados.

Em relação a fonte de evidências, como se pode observar no Quadro 1, para cada medida foram elencadas questões que foram aplicadas através de entrevistas. Usuários com dor lombar crônica responderam questões relacionadas aos *Indicadores 1, 6, 8 e 9*. Usuários restritos ao domicílio responderam questões relacionadas aos *Indicadores 2, 6, 8 e 9*. Os fisioterapeutas da AB responderam as questões referentes aos *Indicadores 3 e 7*.

Os gestores responderam duas questões referentes aos *Indicadores 4 e 5*. Todas as questões possuíam campo aberto para observações e as repostas estão explanadas nos resultados detalhando o desempenho de cada município.

Todas as entrevistas foram realizadas pelo WhatsApp e os participantes responderam à pesquisa por meio de uma videochamada.

Quadro 1 - Matriz Avaliativa da avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	MEDIDAS	QUESTÕES	OPÇÕES DE RESPOSTAS NO QUESTIONÁRIO	PARÂMETROS	FONTES
1 - Ações assistenciais	Aspectos físicos funcionais	1 - Modificação da sintomatologia e melhora 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	Quanto você considera que o sintoma apresentado melhorou?	<input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> nada/piorou campo aberto para observações	muito = bom; pouco = regular; nada/piorou = ruim	Usuário com lombalgia crônica
			2 - Percepção sobre alterações na realização de atividades cotidianas	Após o atendimento fisioterapêutico você conseguiu realizar as atividades cotidianas com mais facilidade ou voltou a fazer outras atividades que não estava fazendo?	<input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> nada/piorou campo aberto para observações	muito = bom; pouco = regular; nada/piorou = ruim	Usuário com lombalgia crônica
	Assistência a pessoa restrita ao domicílio	2 - Modificação na dependência física funcional	1 - Percepção sobre a dependência física funcional	Após o atendimento fisioterapêutico observou melhora em relação a realização de atividades de vida diária (ex.: como trocar roupa, comer, mudar de postura)?	<input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> nada/piorou campo aberto para observações	muito = bom; pouco = regular; nada/piorou = ruim	Usuário (preferencial)/ cuidador
			2 - Percepções sobre estrutura e função do corpo (escaras, respiração e circulação)	Após o atendimento fisioterapêutico observou melhora em relação a respiração, inchaço no corpo e a presença de escaras (feridas)?	<input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> nada /piorou campo aberto para observações	muito = bom; pouco = regular; nada/piorou = ruim	Usuário (preferencial)/ cuidador
	Medicamentos	3 - Modificação no uso de medicamentos	1- Modificação no uso de medicamentos após/durante a atenção fisioterapêutica	Houve alguma modificação no uso de medicamentos durante/após a atenção fisioterapêutica? Considera-se o uso de medicamentos analgésicos, antiinflamatórios e relaxante muscular.	<input type="checkbox"/> uso mais racional, com manutenção <input type="checkbox"/> uso mais racional, com redução <input type="checkbox"/> não usa mais campo aberto para observações	uso mais racional, com redução ou não usa mais = bom uso mais racional, com manutenção = regular não modificou padrão de uso = ruim	Fisioterapeuta

Quadro 1 – Matriz Avaliativa da avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica

(continuação)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	MEDIDAS	QUESTÕES	OPÇÕES DE RESPOSTAS NO QUESTIONÁRIO	PARÂMETROS	FONTES
2 - Ações de gestão	Gestão da assistência fisioterapêutica	4 - Resolubilidade da assistência fisioterapêutica na AB em usuários com condições crônicas	1 - Percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na atenção básica à saúde nos últimos seis meses	Qual o percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na atenção básica à saúde?	() 80% ou mais () 70 a 79 () menos de 70% campo aberto para observações	80% ou mais = bom 70% a 79% = regular menos de 70% = ruim	Dado secundário/ Gestor e equipe
	Acompanhamento das pessoas restritas ao domicílio	5 - Garantia do cuidado à pessoas restritas ao domicílio	1 - Acompanhamento regular de pacientes restritos ao domicílio do território	Qual percentual de pacientes restritos ao domicílio do território que são acompanhados pelo fisioterapeuta?	() acima de 80% () de 60 a 79% () abaixo de 59% campo aberto para observações	acima de 80% = bom de 60 a 79% = regular abaixo de 59% = ruim	Gestor
	Qualidade da gestão da assistência fisioterapêutica	6 - Qualidade da gestão da assistência	1 - Grau de satisfação do usuário	Qual o seu grau de satisfação com a fisioterapia?	() muito satisfeito, () satisfeito, () pouco satisfeito e () nada satisfeito campo aberto para observações	acima de 75% (muito satisfeito) = bom de 74% a 50% (satisfeito) = regular de 49 a 40% (pouco satisfeito) e abaixo de 40% (nada satisfeito) = ruim	Usuário
	Educação permanente	7 - Oferta de educação permanente	1 - Oferta de educação permanente com carga horária garantida no último ano	A gestão ofertou educação permanente com carga horária garantida no último ano?	() sim () não campo aberto para observações	sim=bom não =ruim	Fisioterapeuta

Quadro 1 – Matriz Avaliativa da avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica

(continuação)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	MEDIDAS	QUESTÕES	OPÇÕES DE RESPOSTAS NO QUESTIONÁRIO	PARÂMETROS	FONTES
3 - Ações de promoção da saúde	Promoção da saúde e qualidade de vida	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	<p>q1 - Lombalgia crônica: O tratamento de fisioterapia fez com que você adotasse hábitos de vida mais saudáveis?</p> <p>q2 - Pessoa restrita ao domicílio: O tratamento fisioterapêutico fez com que você tivesse oportunidade de ter maior interação com sua família?</p>	<p>() se movimentava mais</p> <p>() melhorou qualidade do sono</p> <p>() melhorou a saúde mental</p> <p>campo aberto para observações</p> <p>Pessoa restrita ao domicílio:</p> <p>() sim</p> <p>() não</p> <p>campo aberto para observações</p>	<p>q1 -</p> <p>2 e 3 = bom,</p> <p>1 = regular,</p> <p>0 = ruim</p> <p>q2 -</p> <p>sim = bom</p> <p>não = ruim</p>	Usuário com lombalgia crônica e cuidador / pessoa restrita ao domicílio
		9 - Qualidade de vida	1 - Percepção sobre a qualidade de vida	<p>q3 - Lombalgia crônica: Você se considera mais ativo em sua comunidade ou que melhorou sua participação em atividades sociais?</p> <p>q4 - Pessoa restrita ao domicílio: Você considera que melhorou sua interação com outras pessoas da família e fora dela?</p>	<p>() sim</p> <p>() não</p> <p>campo aberto para observações</p>	<p>sim=bom</p> <p>não =ruim</p>	Usuário com lombalgia crônica e cuidador / pessoa restrita ao domicílio

Fonte: elaborado pelos autores

4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Após coletados, os dados foram consolidados e aplicados a Matriz Avaliativa conforme, primeiramente o julgamento das dimensões e após o juízo de valor final. 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 está apresentado no quadro a seguir (Quadro 2). As dimensões foram julgadas considerando a pontuação máxima possível de ser atingida.

Foi lançada na Matriz a resposta com maior predomínio consolidado, além disso, no parâmetro “sim=bom”, “não= ruim”, foi considerada a classificação regular quando havia empate de respostas. Na dimensão 1 considerou-se a seguinte pontuação: muito=bom (4 pontos), pouco=regular (2 pontos) e nada/ruim (0). Na dimensão 2: muito=bom (3 pontos), pouco=regular (2 pontos) e nada/ruim (1). Na dimensão 3: muito=bom (2 pontos), pouco=regular (1 pontos) e nada/ruim (0).

Quadro 2 - Classificação da pontuação das dimensões e julgamento da dimensão e da Matriz

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 pontos
2. Ações de Gestão Pontuação máxima: 12 pontos	Bom= 10 a 12 Regular= 7 a 9 Ruim= de 0 a 6 Se fizer acima de 10 pontos e for ruim em algum indicador será regular	Bom= 2 pontos Regular = 1 pontos Ruim = 0 pontos

<p>3. Ações de promoção da saúde – Pontuação máxima: 8 pontos</p>	<p>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</p>	<p>Bom= 2 pontos Regular = 1 pontos Ruim = 0 pontos</p>
<p>Efetiva</p>	<p>Parcialmente efetiva</p>	<p>Não efetiva</p>
<p>De 7 e 8 com pontuação mínima 3 em assistencial (sem possibilidade de ser efetiva se for ruim em alguma das três dimensões)</p>	<p>5 e 6 pontos (sem possibilidade de ser efetiva se for ruim em alguma das três dimensões)</p>	<p>Abaixo de 5 pontos</p>

Fonte: elaborado pelos autores

Após a análise dos dados coletados, foi emitido um juízo de valor em relação a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB e os resultados destes estudos estão apresentados no capítulo a seguir.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com parecer substanciado número 5.309.694 e CAAE n. 53011421.3.0000.0121.

Para garantir o sigilo das informações, os documentos assinados e o material proveniente da coleta primária foram armazenados em um banco de dados utilizado somente pelos pesquisadores. Os municípios participantes estão identificados em relação ao porte e presença ou não de rede hospitalar, no entanto, nenhuma informação que permita a identificação dos entrevistados foi apresentada.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido desta pesquisa estão explanados no Apêndice D.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O regimento de 2022 do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) destaca no artigo 64, que os resultados da tese de doutorado podem ser apresentados por meio de artigos científicos a serem submetidos em revistas científicas.

Os artigos foram construídos durante o doutorado e trazem respostas aos objetivos desta pesquisa.

O artigo 1 - **Elementos e indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica**, contempla o objetivo específico de reconhecer os elementos e indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB.

O artigo 2 - **Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica**, traz respostas ao objetivo de desenvolver um Modelo Teórico-Lógico e a Matriz Avaliativa da atuação fisioterapêutica na AB.

Os objetivos de testar um Modelo Teórico-Lógico e a Matriz Avaliativa da atuação fisioterapêutica na AB e emitir juízo de valor em relação à efetividade da atuação fisioterapêutica na AB estão contemplados no artigo 3 intitulado: **Avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica**.

Ao responder os objetivos específicos se contempla o objetivo geral desta pesquisa.

O artigo 1 não foi submetido para apreciação. O artigo 2 foi aceito para publicação na revista Saúde em Debate. O artigo 3 está em processo de avaliação.

5.1 ARTIGO 1- ELEMENTOS E INDICADORES DA EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Joyce Ribeiro Rothstein, Sérgio Fernando Torres de Freitas, José Francisco Gontan Albiero

1 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC – Brasil. Doutoranda em Saúde Coletiva. Link ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8303-0381>

2 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC – Brasil. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva. Doutorado em Odontologia Social (UFF). Link ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8904-5998>

3 Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau – SC – Brasil. Coordenador do Colegiado do Curso de Fisioterapia do Centro de Ciências de Saúde. Doutorado em Saúde Coletiva (UFSC). Link ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9042-395X>.

RESUMO

Introdução: A efetividade contempla a relação entre resultados (impactos observados) e objetivos (impactos esperados) e é um dos pilares da qualidade de um serviço. Objetivo: este estudo exploratório envolveu duas etapas, a revisão integrativa e entrevistas com “*experts*” com objetivo de identificar elementos e indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica (AB). Método: Foi executada uma busca nas bases de dados BVS, PUBMED, EMBASE, Web of Science, Banco Tese CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, para as buscas foram utilizados, entre outros os descritores: “*avaliação*”, “*efetividade*”, “*atenção básica*” e “*fisioterapia*”. Foram entrevistados dois “*experts*” em saúde coletiva a fim de identificar indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB. A técnica *framework* foi utilizada tanto para análise dos resultados dos estudos como das entrevistas com “*experts*”. Resultados: Foram identificados 877 arquivos sendo que 37 foram elegíveis para leitura completa e 16 sintetizados em análise qualitativa. O conceito de efetividade não é apresentado em nenhum estudo e o termo é comumente utilizado para abordar eficácia e custo efetividade, demonstrando uma deficiência metodológica na área. Os 16 estudos apresentam elementos relacionados a efetividade dentre eles aspectos relacionados a gestão dos serviços, impacto das intervenções em aspectos físicos funcionais e promoção da saúde e qualidade de vida. Os elementos

identificados na literatura estão em consonância com os elementos de efetividade apontados por “*experts*”. Considerações finais: São indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica, segundo literatura e opinião de “*experts*”, impacto em sintomatologia e capacidade física funcional, redução no uso de medicamentos, resolubilidade da assistência de usuários com condições crônicas, garantia de cuidado a acamados, satisfação do usuário, impacto em comportamento e estilo de vida saudável e qualidade de vida.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção Básica à Saúde. Efetividade.

ABSTRACT

Introduction: Effectiveness contemplates the relationship between results (observed impacts) and objectives (expected impacts) and is one of the pillars of the service quality. Objective: this exploratory study involved two stages, the integrative review and interviews with “*experts*” with the objective of identifying elements and indicators of effectiveness of physical therapy activities in Primary Health Care (PHC). Method: A search was carried out in the following databases: BVS, PUBMED, EMBASE, Web of Science, Banco Tese CAPES and Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations. The keywords searched was “effectiveness”, “primary care” and “physiotherapy”. Two “*experts*” in public health were interviewed in order to identify indicators of the effectiveness of physiotherapeutic action in PHC. The *framework* technique was used for analyzing the results of studies and interviews with “*experts*”. Results: A total of 877 files were identified, 37 of which were eligible for complete reading and 16 were synthesized in qualitative analysis. The concept of effectiveness is not presented in any study and the term is commonly used to address efficacy and cost-effectiveness, demonstrating a methodological deficiency in the area. The 16 studies present elements related to effectiveness, among them aspects related to service management, impact of interventions on functional physical aspects and health promotion and quality of life. The elements identified in the literature are in line with the effectiveness elements pointed out by “*experts*”. Final considerations: Indicators of the effectiveness of the physiotherapeutic action are, according to the literature and opinion of “*experts*”, impact on symptoms and functional physical capacity, reduction in medication use, resolubility of assistance for chronic conditions users, guarantee of care for bedridden patients, user satisfaction, impact on behavior and healthy lifestyle and quality of life.

Keywords: Physiotherapy. Primary Health Care. Effectiveness

Introdução

Organizado em três níveis, o Sistema Único de saúde (SUS) tem na Atenção Básica (AB) um conjunto de ações individuais e coletivas consideradas porta de entrada de acesso da população ao sistema, visando atender as situações de saúde mais frequentes e resolver os principais problemas de saúde da população (BRASIL, 2006), sendo que a AB constitui o eixo estruturante do sistema, onde as demandas para os outros níveis devem ser planejadas a partir dela (BISPO JÚNIOR, 2010).

A AB está embasada na PNAB, a qual tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) seu plano prioritário para expansão e consolidação. Visando a integração e organização das atividades em território definido, enfrentando e resolvendo os problemas identificados de forma articulada e perene, trabalha a partir das necessidades da população (BRASIL, 2006; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Com a ampliação da ESF, possibilitou-se as equipes identificar novas necessidades de saúde e com isso demandas assistenciais, o que levou a inserção de outros profissionais para além da equipe mínima a fim de assegurar a atenção integral. Nesse contexto, a partir do NASF houve a primeira aproximação formal do fisioterapeuta com a AB (AQUINO *et al.*, 2009; FORMIGA; RIBEIRO, 2012). Na busca pela consolidação dos princípios do SUS, 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 SUS (DATASUS, 2021), com a tendência de crescente contratação, visto que, em 28 de outubro de 2021 foi sancionada a Lei nº. 14.231 decretando que os profissionais fisioterapeutas devem integrar a ESF (BRASIL, 2021).

Portanto, considerando que na AB se trabalha a partir das necessidades da população (BRASIL, 2006; CECCON; MENEGUEL; VIECILLI, 2014; PINTO; GIOVANELLA, 2018), há a necessidade de avaliar se a inserção desses profissionais é capaz de atender às necessidades da população (RIBEIRO, SOARES e BAISH, 2021) e para isso, conhecer elementos e indicadores da efetividade de tal atuação.

Nessa perspectiva, segundo Donabedian (1990) efetividade contempla a relação entre os resultados (impactos observados) e os objetivos (impactos

esperados). Já Kovaleski *et al.* (2011) trouxeram um conceito adaptado do conceito de Scaratti (2007) de que “efetividade ultrapassa aspectos técnicos e sanitários, para incluir aspectos políticos relacionados às expectativas individuais e coletivas em relação à saúde, estando atrelada à maximização de resultados da qualidade da gestão em saúde”.

Considerando que avaliações inovadoras remetem à necessidade da avaliação da efetividade (UCHOA *et al.*, 2018) e que a efetividade faz parte dos pilares da qualidade de um serviço, esta pesquisa tem como objetivo: identificar quais são os elementos e indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB segundo literatura emergente e consulta a “*experts*”. Para responder ao objetivo questiona-se: Como é empregado o conceito de efetividade na atuação fisioterapêutica na AB? - Quais são os indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica apresentados nos estudos e segundo perspectiva de especialistas no tema?

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, envolvendo entrevista com “*experts*” e revisão de literatura, na qual se busca reconhecer os elementos e indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB, pela literatura emergente para a estruturação do Modelo Teórico de uma pesquisa avaliativa, onde busca-se a emissão de juízo de valor (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000).

Entrevista com “*Experts*”

Foram entrevistados dois “*experts*” em Fisioterapia e Saúde Coletiva, sendo um Fisioterapeuta e Doutor em Saúde Coletiva, e uma Fisioterapeuta e Mestre em Saúde Coletiva. Ambos possuíam ampla experiência docente assistencial na área de fisioterapia na AB. A entrevista constava de quatro perguntas a fim de levantar os indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica na AB. A entrevista foi elaborada e validada com auxílio de especialistas em Avaliação na disciplina de Tópicos Especiais – Métodos em Avaliação, cursada em 2019-1 no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

As seguintes questões compuseram o roteiro de entrevista:

1) Gostaria que você me falasse de sua experiência em relação a atuação fisioterapêutica na atenção básica (AB). Poderia citar, quais seriam os aspectos positivos de tal prática que mais lhe chamaram a atenção? Ao conversar com

Fisioterapeutas, além de pontos fortes e aspectos positivos observamos que alguns também enfrentam barreiras e dificuldades em seu dia a dia. A partir de sua experiência, quais as dificuldades que enfrentou?

2) Considerando que a contratação de fisioterapeutas para atuar na atenção básica à saúde tem crescido nos últimos anos e que a AB é responsável por atender mais de 70% das demandas de saúde, vamos imaginar que o Ministério da saúde tenha encomendado uma pesquisa avaliativa envolvendo essa temática. Que aspectos/ pontos de avaliação você consideraria como prioritários? E como seria possível avaliar tal questão do seu ponto de vista?

3) Considerando a experiência que você me relatou...Na sua percepção, quais indicadores estão relacionados a uma atuação fisioterapêutica efetiva?

4) Considerando sua vivência, se precisássemos classifica-los como prioritários em termos de efetividade, teria algum/alguns que consideraria de maior prioridade? Além das questões colocadas anteriormente, tem mais alguma coisa que você gostaria de me colocar/falar?

As categorias construídas com base na análise das entrevistas foram transcritas, lidas e analisadas a partir da técnica *framework* (RITCHIE; SPENCER, 2002), visando identificar categorias e indicadores citados pelos participantes. Os elementos consensuais foram categorizados e foram identificados os elementos condicionantes da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB.

Revisão de literatura

A revisão seguiu as seguintes etapas: Primeiramente, identificou-se as perguntas de pesquisa: - Como é empregado o conceito de efetividade na atuação fisioterapêutica na AB? - Quais são os indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica apresentados nos estudos?, Após desenvolveu-se a estratégia de busca.

Uma estratégia de busca foi montada com auxílio de uma bibliotecária experiente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As bases de dados pesquisadas, a estratégia de busca utilizada, bem como o número de referências recuperadas estão apresentadas na tabela 1. A verificação foi realizada no período de 2 a 6 de maio de 2022 e foram identificados 877 arquivos.

Tabela 1 - Estratégias e resultados das buscas nas bases de dados

Bases de dados	Estratégia de Busca	Número de referências recuperadas
BVS	<p>((<i>"Avaliação da efetividade"</i> OR <i>"evaluación de la efectividad"</i> OR <i>"Evaluando la efectividad"</i> OR <i>"assessment of effectiveness"</i> OR <i>"Evaluation of the effectiveness"</i> OR <i>"Evaluating the effectiveness"</i>) AND (fisioter* OR Physiother* OR <i>"Physical Therapy"</i> OR <i>"Physical Therapists"</i>) AND (<i>"Atenção Básica em Saúde"</i> OR <i>"Atenção Primária a Saúde"</i> OR <i>"Saúde coletiva"</i> OR <i>"Saúde pública"</i> OR <i>"Sistema único de Saúde"</i> OR <i>"Sistemas de saúde"</i> OR <i>"Atendimento Básico"</i> OR <i>"Atendimento Primário"</i> OR <i>"Atenção Básica"</i> OR <i>"Atenção Primária"</i> OR <i>"Cuidados Primários"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Assistência"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Atendimento"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Atenção"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Cuidado"</i> OR <i>"Primeiro Nível de Cuidados"</i> OR <i>"Cuidado de Saúde Básico"</i> OR <i>"Cuidados de Saúde Básicos"</i> OR <i>"Cuidado Básico"</i> OR <i>"Cuidados Básicos"</i> OR <i>"Centros de Saúde"</i> OR <i>"Centro de Saúde"</i> OR <i>"Posto de Assistência Médica"</i> OR <i>"Posto de Saúde"</i> OR <i>"Postos de Saúde"</i> OR <i>"Unidade de Saúde"</i> OR <i>"Estratégia Saúde da Família"</i> OR <i>"Estratégia Saúde Familiar"</i> OR <i>"Estratégia Saúde da Família"</i> OR <i>"Estratégia da Saúde da Família"</i> OR <i>"Estratégia de Saúde Familiar"</i> OR <i>"Estratégia de Saúde da Família"</i> OR <i>"Saúde da Família"</i> OR <i>"Programa Saúde da Família"</i> OR <i>"PSF"</i> OR <i>"Programa de Saúde Familiar"</i> OR <i>"Programa de Saúde da Família"</i> OR <i>"Primeros auxilios"</i> OR <i>"Salud pública"</i> OR <i>"sistema único de Salud"</i> OR <i>"sistemas de salud"</i> OR <i>"Atención primaria eme salud"</i> OR <i>"Atención Primaria de Salud"</i> OR <i>"Asistencia Primaria"</i> OR <i>"Asistencia Primaria de Salud"</i> OR <i>"Atención Primaria"</i> OR <i>"Atención Básica"</i> OR <i>"Cuidado de la Salud Primarios"</i> OR <i>"Cuidados Primarios"</i> OR <i>"servicio básico"</i> OR <i>"servicios básicos"</i> OR <i>"Estrategia de Salud Familiar"</i> OR <i>"Primer Nivel de Atención"</i> OR <i>"Programa Salud de la Familia"</i> OR <i>"Programa de Salud Familiar"</i> OR <i>"Centros de Salud"</i> OR <i>"Centro de Salud"</i> OR <i>"Postas Médicas"</i> OR <i>"Puestos Médicos"</i> OR <i>"Puestos de Salud"</i> OR <i>"Unidad Operativa"</i> OR <i>"Public health"</i> OR <i>"Health Unic System"</i> OR <i>"health systems"</i> OR <i>"Primary Health Care"</i> OR <i>"Primary Health Care"</i> OR <i>"Primary Healthcare"</i> OR <i>"Primary Care"</i> OR <i>"basic health care"</i> OR <i>"basic care"</i> OR <i>"basic service"</i> OR <i>"first line care"</i> OR <i>"Family Health Strategy"</i> OR <i>"Family Health Program"</i> OR <i>"Health Centers"</i> OR <i>"Health Center"</i> OR <i>"Health Posts"</i>))</p>	9
PUBMED	<p>((effectiveness[Title/Abstract]) AND (Physiother*[Title/Abstract] OR "Physical Therapy"[Title/Abstract] OR "Physical Therapists"[Title/Abstract]) AND ("Public health"[Title/Abstract] OR "Health Unic System"[Title/Abstract] OR "health systems"[Title/Abstract] OR "Primary Health Care"[Title/Abstract] OR "Primary Healthcare"[Title/Abstract] OR "Primary Care"[Title/Abstract] OR "basic health care"[Title/Abstract] OR "basic care"[Title/Abstract] OR "basic service"[Title/Abstract] OR "first line care"[Title/Abstract] OR "Family Health Strategy"[Title/Abstract] OR "Family Health Program"[Title/Abstract] OR "Health Centers"[Title/Abstract] OR "Health Center"[Title/Abstract] OR "Health Posts"[Title/Abstract] OR "Health Posts"[Title/Abstract]))</p>	194
EMBASE https://www-em-base.ez46.periodicos.cos.ca-pes.gov.br/	<p>((effectiveness) AND (Physiother* OR "Physical Therapy" OR "Physical Therapists") AND ("Public health" OR "Health Unic System" OR "health systems" OR "Primary Health Care" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR "first line care" OR "Family Health Strategy" OR "Family Health Program" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts"))</p>	269

se-arch/quick?phase=continue-ToAp		
Web Of Science	((effectiveness) AND (Physiother* OR "Physical Therapy" OR "Physical Therapists") AND ("Public health" OR "Health Unic System" OR "health systems" OR "Primary Health Care" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR "first line care" OR "Family Health Strategy" OR "Family Health Program" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts"))	379
Banco Tese CAPES	avaliação da efetividade AND fisioter*	10
	"avaliação da efetividade" AND fisioter* AND "atenção primária"	10
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) (Teses e dissertações do Brasil)	"avaliação da efetividade" AND fisioter*	4
	(("avaliação da efetividade") AND (fisioter*) AND ("Atenção Básica em Saúde" OR "Atenção Primária a Saúde" OR "Saúde coletiva" OR "Saúde pública" OR "Sistema único de Saúde" OR "Sistemas de saúde" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Cuidados Primários" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR "Primeiro Nível de Cuidado" OR "Primeiro Nível de Cuidados" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR "Cuidado Básico" OR "Cuidados Básicos" OR "Centros de Saúde" OR "Centro de Saúde" OR "Posto de Assistência Médica" OR "Posto de Saúde" OR "Postos de Saúde" OR "Unidade de Saúde" OR "Estratégia Saúde da Família" OR "Estratégia Saúde Familiar" OR "Estratégia Saúde da Família" OR "Estratégia da Saúde da Família" OR "Estratégia de Saúde Familiar" OR "Estratégia de Saúde da Família" OR "Saúde da Família" OR "Programa Saúde da Família" OR "PSF" OR "Programa de Saúde Familiar" OR "Programa de Saúde da Família"))	2
TOTAL		877

Fonte: elaborado pelos autores

Seleção e análise dos estudos

Após a identificação dos estudos foi realizada sua seleção e análise. Os arquivos foram armazenados no gerenciador de referências Mendeley e foram eliminados 410 documentos duplicados. Após, os estudos foram importados e gerenciados no Rayyan QCRI, onde se verificou mais nove artigos duplicados. Portanto, foram triados por título e resumo 458 artigos, dos quais 37 foram elegíveis para leitura completa. Foram considerados, artigos científicos e literatura cinzenta dos anos de 2012

a 2022 nas línguas, português, inglês e espanhol. Todo o processo se deu por um único autor.

O método *framework* (RITCHIE; SPENCER, 2002), foi utilizado para agrupar, resumir e apresentar os resultados. Foram excluídos estudos escritos em línguas diferentes de inglês, português e espanhol, estudos analisando outros aspectos tais como: estudo custo efetividade de intervenção fisioterapêutica (estudos que comparavam o custo efetividade de tipos de intervenções fisioterapêuticas), efetividade no sentido de eficácia de métodos e técnicas de fisioterapia (estudos que comparavam a eficácia de métodos e técnicas de fisioterapia), estudos essencialmente epidemiológicos, diretrizes clínicas, estudos de viabilidade de implantação de intervenções específicas, relatórios técnicos e estudos que envolviam somente outros níveis de atenção.

Foi utilizado como critério de inclusão, artigos que retratavam questões relacionadas ao valor da assistência fisioterapêutica na AB conforme a percepção dos usuários e aspectos relacionados à gestão dos serviços que visassem maximizar resultados e agregar valor à assistência fisioterapêutica também na percepção dos usuários.

Portanto, foram incluídos os artigos que retratavam elementos relacionados a um dos pilares do conceito de Scaratti (2007) adaptado e apresentado por Kovalski *et al.* (2011) e Kovalski (2018) no qual os autores mencionam que 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”. Portanto, foram incluídos estudos que envolvessem aspectos relacionados a percepção do indivíduo sobre aspectos relacionados a atuação fisioterapêutica e a maximização da qualidade da gestão.

Estudos de custo efetividade e eficácia foram incluídos apenas quando comparassem aspectos relacionados a maximização da qualidade da gestão, envolvendo a perspectiva do paciente, acesso e aspectos da qualidade do serviço.

Para apresentar uma visão geral dos estudos incluídos, os dados foram extraídos conforme um formulário padronizado pelo autor constando: autor (es), ano de publicação, tipo de estudo, aplicação do conceito de efetividade em fisioterapia na atenção básica e principais resultados encontrados.

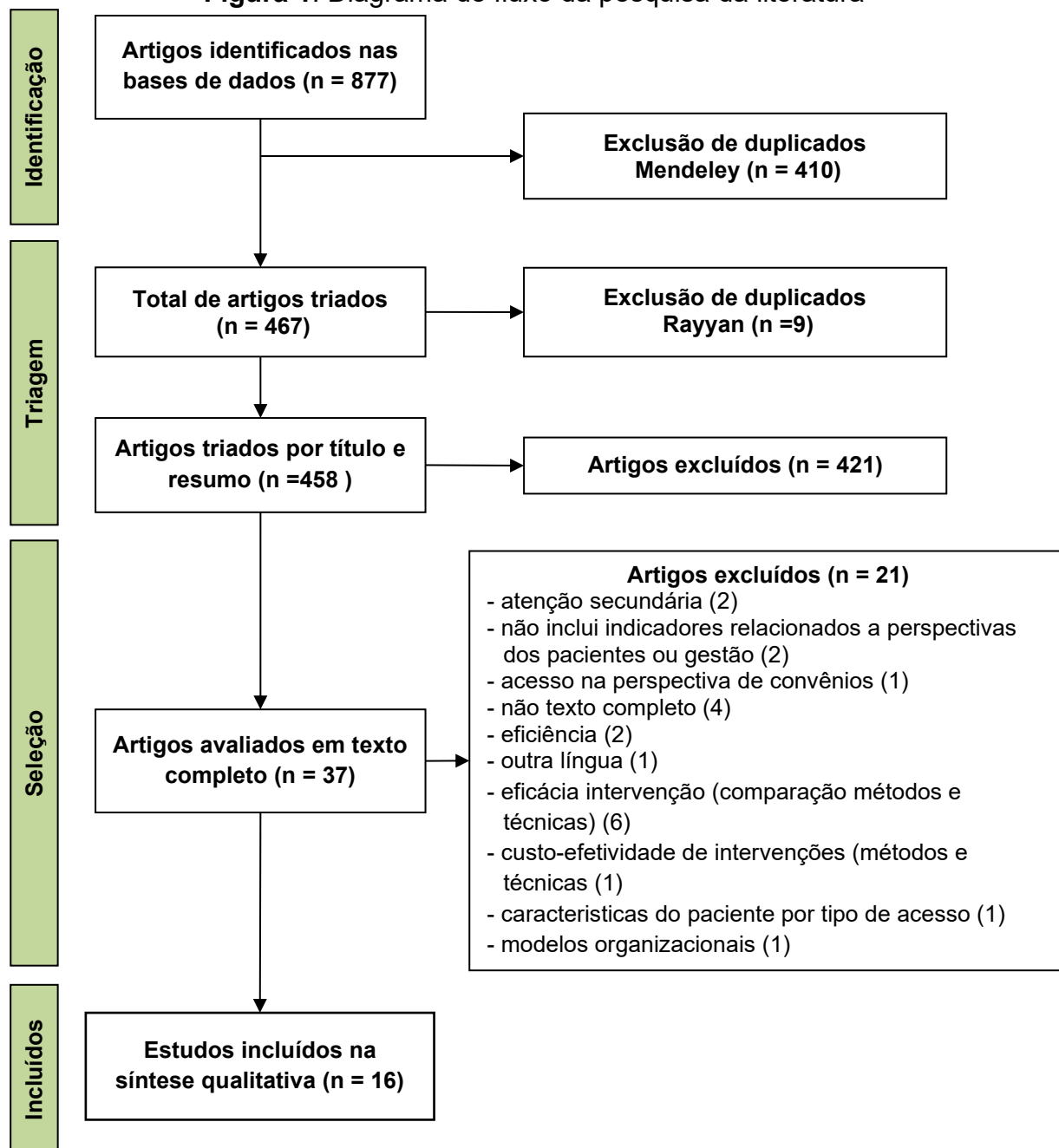
Em segundo lugar, todos os temas chave foram identificados. Após os dados foram indexados na forma textual em um quadro apresentando objetivo, dimensões

do estudo, indicadores, codificando as informações relevantes dos estudos (Quadro 1).

Resultados

Trinta e sete estudos foram analisados na íntegra, sendo excluídos 21 artigos. Os 16 artigos elegíveis apresentam diversos tipos de estudo, envolvendo desde comunicações, série temporal, estudo de coorte, ensaios clínicos randomizados, até estudos de revisão e estudos qualitativos. Uma visão geral dos estudos incluídos está apresentada na Figura 1.

Figura 1: Diagrama de fluxo da pesquisa da literatura



Fonte: elaborado pelos autores

Dos 16 artigos analisados, 6 consideraram especificamente a perspectiva do usuário/paciente, contemplados pelos estudos de Meerhoff *et al.* (2021), Østerås *et al.*, (2021), Danielsson, Kihlbom, Rosberg (2016), Gardner *et al.* (2016). Nenova, Manchewa e Kostadinova (2016), Samsson, Bernhardsson e Larsson (2016).

Quatro estudos dos pesquisadores: Babatunde *et al.* (2020), Piscitelli *et al.* (2018) e Napier *et al.* (2013), Goodwin e Hendrick (2016) consideraram tanto a perspectiva do paciente como questões relacionadas a acesso à fisioterapia e seus impactos.

Também contemplam os impactos de questões relacionadas ao acesso à fisioterapia os estudos de Ho-Henriksson, *et al.* (2022), Maselli *et al.*, (2022), Bastiaens, Barten, e Veenhof, (2021), Campagna-Wilson *et al.*, (2021), Bornhoft *et al.*, (2019), Bishop *et al.*, (2016).

Os estudos estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1- Conceito e elementos de efetividade indicados em literatura emergente

Autor/ Ano publicação	Tipo de estudo	Conceito efetividade	Dimensões	Indicadores/Parâmetros	Principais Resultados	Impactos se aplicado AB
(MASELLI <i>et al.</i> , 2022)	Trata-se de uma comunicação Italiana sobre <i>acesso direto à fisioterapia</i> no gerenciamento de distúrbios musculoesqueléticos e seus impactos.	não	1 - Resultados clínicos 2 - Despesas de saúde	1.1 - Melhora de dor e incapacidade em relação a doenças musculoesqueléticas 2.1 - Custos direto 2.2 - Custo indireto Não apresenta parâmetros.	Enfatizam o papel do <i>acesso direto</i> a fisioterapia como potencial e relacionado a menos visitas ao sistema de saúde, redução da realização de exames, alcance precoce.	Impacto em dor e incapacidade.
(HO-HENRIKSSON <i>et al.</i> , 2022)	Estudo randomizado discutem <i>Fisioterapeutas como avaliadores primários</i> em pacientes com osteoartrite na atenção primária e impactos de tal atuação.	não	1 - Custo efetividade em saúde	1.1 -Número consultas fisioterapeuta acesso direto ou após encaminhamento e número consultas médicas 1.2 - Custos perspectiva social (considera a perspectiva do indivíduo, relacionado a perda de produtividade). 1.3 - Custo efetividade Não apresenta parâmetros.	Os autores concluem que o acesso direto ao fisioterapeuta na atenção primária parece levar a um menor número de consultas médicas e radiografias, porém, há a necessidade de estudos com uma população maior para avaliar a percepção dos pacientes sobre esse modelo de atenção.	Impacto em resolubilidade.
(BASTIAENS; BARTEN; VEENHOF, 2021)	Estudo exploratório qualitativo com o objetivo de identificar um paradigma de <i>Fisioterapia de escopo estendido</i> incorporando <i>objetivos, papéis e tarefas</i> , para	não	1 - Papel Fisioterapia de escopo estendido na APS (principais tendências em saúde) 2 - Benefícios para um ou mais grupos	1.1 -Diminuir custos em saúde; 1.2 -Melhorar a eficácia dos cuidados em saúde 2.1 -Diminuir demandas por atendimento clínico geral, 2.2 -Aumentar o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde.	Os principais consensos foram relacionados a 'triagem', 'referência a especialistas' e 'solicitação de diagnóstico por imagem' como tarefas adequadas para Fisioterapia de Escopo Estendido. Trabalho multidisciplinar, reduzir custos de	Resolubilidade, acesso.

	fornecer uma abordagem consistente para a implementação na atenção primária à saúde (APS) na Holanda.		3 - Tarefas do Fisioterapeuta de escopo estendido	3.1 -Triage; referência para especialistas, prescrição de alguns medicamentos (opcional com treinamento específico) e solicitação de diagnóstico de imagem. 3.2 -Atuar em nichos fisioterapêuticos (terapia mão, artrite, fisioterapia na atenção ao parto), consultores de equipes multidisciplinares. Não apresenta parâmetros.	saúde, atender aumento de demanda e melhorar eficácia também foram citados.	
(CAMPAGNA WILSON <i>et al.</i> , 2021)	Por meio de um estudo de metodologia de amostragem com intervalo de tempo, os autores tiveram o objetivo de determinar a eficácia de um programa de <i>triagem conduzido por fisioterapia</i> em doenças musculoesqueléticas para triagem de pacientes que necessitam de intervenção ortopédica ou tratamento conservador.	não	1-Encaminhamento assertivo para cirurgia (eficácia triagem)	1.1- Taxa de conversão cirúrgica 1.2- Taxa de intervenção ortopédica Não apresenta parâmetros.	A taxa de intervenção ortopédica e taxa de conversão cirúrgica no grupo pré-programa foram 47,9% e 30,3%, respectivamente, e a intervenção ortopédica e taxa de conversão cirúrgica para o grupo programa foram 63,7% e 43,1%, respectivamente, portanto, a triagem de prontuários eletrônicos conduzida por fisioterapeuta tem potencial como método eficaz para otimizar encaminhamentos assertivos em relação a cirurgias ortopédicas.	Resolubilidade
(MEERHOFF <i>et al.</i> , 2021)	Estudo qualitativo que visa explorar a <i>perspectiva dos pacientes</i> sobre o uso de	não	Percepção do paciente sobre uso de medidas de	1 - Praticidade 2- Interação com fisioterapeuta	Os pacientes atendidos na prática de fisioterapia da atenção primária perceberam os PROMs como	Promoção da saúde e qualidade de vida.

	medidas de resultados para a qualidade da prática em cuidados primários, suas barreiras e facilitadores.		resultados relatados pelo paciente	3- Compartilhamento de informação fora do contexto clínico Não apresenta parâmetros.	instrumentos práticos que foram úteis na interação com o fisioterapeuta para tomada de decisão e compartilhamento de informações para fins de melhoria da qualidade do serviço.	
(ØSTERÅS <i>et al.</i> , 2021)	Série temporal a fim de analisar a eficácia de uma intervenção multidisciplinar em osteoartrite (OA) com 130 mil habitantes de Stavanger (Noruega).	não	1 Qualidade do atendimento 2 Impacto das intervenções	1.1 - Qualidade do atendimento 1.2 - Alta 1.3 - Encaminhamento 2.1 - Tratamento principal Não apresenta parâmetros	Observou-se um aumento no escore total médio para a qualidade dos cuidados com osteoartrite, porém, sem diferença estatística entre os grupos. O estudo demonstrou que os pacientes tiveram mais chance de receber informações sobre alternativas de tratamento e sobre autogestão no período pós implementação e também houve um aumento na proporção de encaminhamentos médicos para tratamentos essenciais.	Qualidade do cuidado, promoção da saúde (autogestão).
(BABATUNDE <i>et al.</i> , 2020)	Uma revisão sistemática com o objetivo de revisar evidências sobre barreiras e facilitadores da triagem musculoesquelética e serviços de <i>acesso direto a triagem fisioterapêutica</i> .	não	1-Facilitadores e barreiras do acesso direto (principalmente fisioterapia). 2- Eficácia da triagem musculoesquelética.	1.1-Expectativas individuais e coletivas de profissionais e usuários e questões organizacionais. 2.1-Desfechos clínicos: -dor, incapacidade; -ausência o trabalho; certificação da doença e segurança (diagnóstico de	Os estudos demonstram segurança em relação a acesso direto. Pacientes em triagem pelo acesso direto relataram menos ausências ao trabalho e episódios de licença médica. Uso de analgésicos e relaxantes musculares foi de 10%	Resolubilidade, redução uso medicamentos.

			3 - Resultados socioeconômicos.	bandeiras vermelhas perdidas); 3.1-Custos relacionados à saúde: consultas, prescrições, testes, encaminhamentos e impacto na carga de trabalho dos profissionais. Não apresenta parâmetros.	para pacientes com acesso direto em comparação com 42% para cuidados orientados pelo clínico geral.	
(BORNHÖFT <i>et al.</i> , 2019)	Estudo randomizado com o objetivo de analisar o custo-efetividade <i>do ponto de vista social</i> da triagem de pacientes com doenças musculoesqueléticas na atenção primária à saúde (APS) comparada com prática padrão (avaliação clínica).	Não	1 -Qualidade de vida relacionada à saúde 2 - Custos em saúde	1.1 - Qualidade de vida 2.1 - Anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs) 2.2 - Utilização serviços de saúde para doenças osteomusculares (consultas, exames e medicamentos) 2.3 - Perda de produção 2.4 -Custo-efetividade Não apresenta parâmetros.	Entre os principais resultados o grupo que foi alocado para avaliação inicial por fisioterapeutas teve ganhos ligeiramente maiores nos QALYs com custos totais mais baixos. Os autores enfatizam que o acesso a fisioterapia implica além de uma redução de custo em uma redução de afastamentos por doenças musculoesqueléticas bem como uma redução da perda de produtividade, com um menor tempo afastado de suas atividades produtivas devido ao impacto de um tratamento ativo.	Impacto promoção da saúde e qualidade de vida.
(PISCITELLI <i>et al.</i> , 2018)	Trata-se de uma revisão sistemática com o objetivo de explorar as evidências sobre viabilidade,	não	1-Necessidade encaminhamento 2-Tratamento fisioterapêutico	1.1-Encaminhamentos atenção secundária 2.1-Tempo de tratamento fisioterapêutico	O acesso direto representou um menor número de atendimentos de fisioterapia, visita ao médico, realização de	Resolubilidade, aspectos clínicos e satisfação.

	eficácia, custos, segurança e satisfação do paciente por meio de <i>acesso direto ao fisioterapeuta</i> em comparação com outros modelos organizacionais.		3-Custos 4-Aspectos Clínicos 5-Satisfação usuário	-Tempo de espera para tratamento fisioterapêutico -Tipos de tratamentos e exames realizados 3.1- Custos 4.1- Aspectos clínicos 5.1- Satisfação Não apresenta parâmetros.	exames de imagens, uso de antiinflamatório e necessidade de cuidados secundários. Além disso, os pacientes ficaram mais satisfeitos do que os atendidos por serviços clínicos clássicos e os custos em saúde foram reduzidos.	
(BISHOP <i>et al.</i> , 2017)	Piloto de um ensaio clínico randomizado (ECR) para investigar a viabilidade e fornecer evidências de viabilidade e segurança a <i>acesso direto</i> a fisioterapia.	não	1 - Saúde Física 2 - Saúde Mental 3 - Percepção serviço 4 - Aspectos econômicos 5 - Viabilidade ECR	1.1-Saúde física (SF36) 1.2 -Autoeficácia em Dor 1.3 -Compreensão da condição 1.4 - Localização da dor 1.5 - Duração da dor 1.6 - Comorbidade 2.1 -Saúde mental (SF 36) 2.2 - Qualidade de vida 3.1-Análise do serviço 3.2-Conveniência dos serviços 3.3 -Satisfação com os serviços 4.1-Uso adicional de saúde 4.2- Ausência de trabalho 4.3 – Presenteísmo 5.1 - Dados base	Os resultados clínicos e de custo foram semelhantes em ambos os grupos. Um ECR completo é viável e fornecerá evidências de estudos sobre a eficácia clínica e custo-benefício do acesso direto do paciente à fisioterapia.	Impacto em promoção da saúde e qualidade de vida, impacto em sintomatologia.

				Não apresenta parâmetros		
(DANIELSON; KIHLBOM; ROSBERG, 2016)	Um estudo exploratório com 13 pessoas a fim de explorar uma intervenção de exercício fisioterapêutico, vivida por pessoas com depressão maior na atenção primária sueca.	não	1 - Percepção sobre exercício aeróbico conduzido por fisioterapeuta.	1.1- Mudanças após a intervenção, 1.2- Experiências anteriores de exercício, 1.3- Pontos de vista sobre o exercício durante a depressão e 1.4 - Barreiras e facilitadores Não apresenta parâmetros.	O exercício em contexto de fisioterapia pode melhorar a percepção do paciente sobre sua capacidade física e criar uma sensação de vivacidade.	Promoção da saúde e qualidade de vida.
(GOODWIN; HENDRICK, 2016)	Avaliar a eficácia clínica, a satisfação do paciente e a eficácia econômica de um serviço de fisioterapia que presta cuidados musculoesqueléticos, como alternativa aos cuidados médicos através de medidas de resultados clínicos.	não	1 – Segurança 2- Atenção em saúde 3-Aspectos clínicos 4- Avaliação econômica	1.1 -Incidentes em atenção fisioterapêutica 2.1 - Satisfação do usuário 2.2 - Diagnóstico cinesiológico funcional e intervenção fisioterapêutica (apenas para serviço fisioterapia) 2.3 - Orientação exercícios e autogestão 2.4 - Encaminhamentos para cuidados secundários 3.1- Estado de Saúde Global Rating of Change (GROC) 3.2 - Medida de saúde- EQ-5D-5L 4.1- Custo de atenção fisioterapêutica e médica 4.2- Encaminhamentos para atenção secundária 4.3 - Solicitação de exames e intervenções	O atendimento fisioterapêutico mostrou-se seguro e eficaz além de satisfatório. A fisioterapeuta como primeiro ponto de contato para pacientes com queixas musculoesqueléticas, poderia contribuir para os desafios atuais enfrentados na atenção primária.	Satisfação, impactos físicos funcionais.

				Não apresenta parâmetros		
(NENOVA; MANCHEVA; KOSTA-DINOVA, 2016)	Pesquisa quase experimental com o objetivo de investigar a satisfação de pacientes com artrose a partir da intervenção multidisciplinar com Fisioterapeuta na equipe em ambiente domiciliar comparando com um grupo atendido na enfermaria.	não	1- Atuação profissional 2 -Custo benefício	1.1-Satisfação 1.2 - Atenção fisioterapêutica 2.1 –Custos Não apresenta parâmetros.	Usuários de atenção domiciliar apresentam um maior grau de satisfação em relação a conscientização, relatam ter mais liberdade no dia - dia após atividades e procedimentos realizados pelo fisioterapeuta e procurariam o mesmo profissional novamente caso precisassem. Relatam apreciar a qualidade da atenção dispensada (comportamento/abordagem), habilidades de comunicação e o processo de reabilitação o que lhes permite hoje compreender melhor sua doença.	Satisfação usuário.
(SAMSSON; BERNHARDSSON; LARSSON, 2016)	Analisar a qualidade percebida dos cuidados dos pacientes em uma triagem ortopédica liderada por fisioterapeutas na atenção primária, em comparação com a prática padrão.	não	1- Qualidade do cuidado 2- Expectativas atendidas	1.1 - Qualidade 2.1- Expectativas do paciente Não apresenta parâmetros.	Os pacientes da triagem liderada por fisioterapeutas relatando uma qualidade percebida de atendimento significativamente maior do que aqueles no grupo de prática padrão. Esse modelo de cuidado parece atender às expectativas dos pacientes e resultar em maior intenção de seguir conselhos e instruções para o autogerenciamento.	Qualidade e importância do atendimento.

(GARDNER <i>et al.</i> , 2016)	Estudo piloto de coorte longitudinal para testar a eficácia preliminar de uma intervenção de estabelecimento de metas liderada pelo paciente para melhorar incapacidade e dor na lombalgia crônica.	não	1 -Aspectos físicos funcionais 2-Qualidade de vida 3 -Expectativas do tratamento	1.1- Incapacidade 1.2 -Intensidade da dor (linha base, 2, 4 6 meses) 2.1- Qualidade de vida 2.2- Depressão, ansiedade e estresse 2.3- Autoeficácia 2.4-Medo de movimento 3.1-Credibilidade tratamento Não apresenta parâmetros	Observou-se redução da dor e incapacidade em pacientes que participaram de intervenções onde as metas foram lideradas por eles. Portanto, o estabelecimento de metas lideradas pelo paciente é uma abordagem promissora e viável para o manejo da dor lombar crônica	Aspectos físicos funcionais, qualidade de vida, promoção da saúde e qualidade de vida.
(NAPIER <i>et al.</i> , 2013)	Estudo prospectivo observacional para investigar a eficácia de um serviço de triagem de fisioterapia para encaminhamentos de cirurgia ortopédica por médicos da atenção primária.	não	1-Perspectiva profissional sobre necessidade cirurgia 2-Satisfação do paciente com a triagem fisioterapêutica	1.1 -Assertividade / adequação de encaminhamentos realizados por médicos e fisioterapeutas para cirurgia. 2.1- Grau de satisfação do paciente com triagem fisioterapêutica Não apresenta parâmetros	Modelo de triagem pode ter um impacto considerável nos tempos de espera ortopédicos no Canadá, minimizando encaminhamentos desnecessários; o modelo também pode promover manejo oportuno e conservador de condições não cirúrgicas por fisioterapeutas.	Resolubilidade, satisfação do usuário

Fonte: elaborado pelos autores

Entrevistas com “Experts”

Os “*experts*” mencionaram nas entrevistas que os principais indicadores da efetividade estavam relacionados a indicadores de qualidade, ao acompanhamento de pessoas acamadas, a resolubilidade, indicadores de taxa de retorno de tempo de tratamento a fisioterapia e acesso a fisioterapia.

Discussão

Ao observar os estudos triados por título e resumo (458), constatou-se que a maioria dos estudos, apesar de utilizar o termo efetividade, apresentam resultados de eficácia, comparando métodos e técnicas e seus efeitos em ensaios clínicos randomizados. Os estudos de “eficácia” que foram selecionados para síntese, ocorreram por tratarem-se de estudos que contemplavam elementos relacionados a qualidade do serviço ou a maximização da qualidade da gestão, abordando aspectos de qualidade e acesso. Todos os estudos de eficácia de métodos e técnicas foram excluídos conforme critérios de seleção previamente estabelecidos. Um estudo de custo efetividade foi incluído por envolver questões de acesso ao fisioterapeuta como avaliador primário e considerar a perspectiva social e individual do paciente.

Segundo Minayo (2011), a avaliação de efetividade é mais profunda do que a avaliação de eficácia, pois, tem finalidade de aferir mudanças qualitativas e quantitativas de uma intervenção. No entanto, a ocorrência de mudanças unicamente não é suficiente para referendar conclusões e é um dos pressupostos da efetividade, enquanto a eficácia consiste na análise do cumprimento das metas traçadas por um determinado projeto, intervenção.

Segundo Kovalesski (2018) a eficácia é um dos componentes da análise de mérito das ações, sendo subsumida pela efetividade, (SANDER, 2007, p.91), já efetividade é um dos componentes de “valor” das ações (KOVALESKI, 2018).

Além disso, ao observar o Quadro 1, constata-se que nenhum estudo apresenta a definição conceitual de efetividade que os embasa, demonstrando a falta de um conceito claro de efetividade empregado nos estudos, tratando-se de uma importante deficiência metodológica, pois, é reconhecida na área da saúde a importância de usar termos de forma adequada e se ter uma terminologia uniforme, tanto para comunicação no meio científico quanto para com os pacientes (JENSEN, GEBHART, 2008). À

vista disso, Dubois, Champagne e Bilodeau (2011) mencionam que avanços teóricos e introdução de novos métodos permitem se obter avaliações completas e isso se dá pelo processo contínuo de construção e reconstrução do conhecimento.

Considera-se que os estudos contemplam elementos de efetividade, pois, envolvem aspectos relacionados às expectativas dos indivíduos, qualidade da atenção e maximização da qualidade da gestão, por envolver questões relacionadas ao impacto do acesso, atuação fisioterapêutica, resolubilidade, impactos de ações assistenciais e de promoção da saúde.

Segundo Minayo (2011), a avaliação da efetividade capta efeitos de projetos/programas com a finalidade de aferir as mudanças quantitativas e qualitativas promovidas pela intervenção, sendo realizada por meio de estudos de impacto nos quais a avaliação qualitativa é largamente utilizada.

Observou-se também que os estudos não apresentavam parâmetros, o que também retrata uma deficiência metodológica, pois, indicadores precisam ter sua definição clara, e para se obter juízo de valor é necessária a comparação com parâmetros pré-definidos (TANAKA; MELO, 2001). Segundo Samico *et al.* (2010) parâmetro é um valor de referência para mensuração de um fenômeno considerado ideal. Podem ser qualitativos ou quantitativos (SAMICO *et al.*, 2010). Os estudos identificados têm predomínio de avaliação normativa, representando mais uma lacuna nessa área de atuação, visto que, segundo Kovaleski (2018), pesquisas normativas não ultrapassam a análise de mérito.

Dentre os estudos apresentados chamou atenção o estudo de Bastiaens, Barten, e Veenhof, (2021) no qual os pesquisadores realizaram um estudo exploratório e criaram um modelo contemplando papéis, objetivos e tarefas para a implantação da Fisioterapia de Escopo Estendido na Atenção Primária Holandesa. A população do estudo foi composta por pacientes, fisioterapeutas, clínicos gerais e partes interessadas em tal temática e atuação, tais como, seguradoras de saúde, formuladores de políticas relacionadas à Fisioterapia e Atenção Primária holandesa e com isso criaram um Modelo Lógico da atuação do profissional na Holanda, sendo um importante passo para se iniciar uma pesquisa com olhar avaliativo.

Segundo Renger e Titcomb (2002) e Medina *et al.*, 2005, o Modelo Lógico é definido por uma representação visual e se trata da primeira etapa do processo de avaliação. Retrata a forma como o avaliador vê o objeto que está sendo avaliado e é

a partir do modelo que será estabelecido as fontes de informações que serão contempladas bem como os indicadores e parâmetros que serão utilizados, sendo que, durante o processo, novas fontes podem ser incluídas visto o dinamismo do processo avaliativo (MOREIRA, 2002).

Assim, os elementos e indicadores identificados nos estudos, associados aos indicadores elencados por “*experts*” foram: ações assistenciais com impacto em sintomatologia e capacidade física funcional e modificação no uso de medicamentos, ações de gestão, impactando na resolubilidade da assistência de usuários em condições crônicas acamados; aspectos relacionados a qualidade da gestão da assistência como satisfação do usuário e modificação do comportamento relacionado ao estilo de vida e qualidade de vida.

Algumas limitações deste estudo devem ser mencionadas, entre elas, a revisão de literatura que foi realizada por uma única pesquisadora, portanto, sugere-se uma atualização deste através da realização de uma revisão de escopo, suprimindo esta deficiência metodológica. No entanto, apesar desta limitação, os indicadores elencados são viáveis a realidade da atuação fisioterapêutica brasileira viabilizando a construção de um estudo avaliativo neste campo de atuação, sendo um importante passo para a gestão da prática fisioterapêutica na AB.

Considerações finais

A literatura emergente em fisioterapia na AB não apresenta um conceito definido de efetividade. Alguns estudos dispõem de indicadores que podem ser considerados como elementos para estudos de efetividade por estarem atrelados à maximização da qualidade da gestão, ampliando acesso, promovendo saúde e atendendo expectativas individuais e coletivas em relação à saúde da população.

“*Experts*” da área mencionam como principais indicadores da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB, elementos que foram citados nos estudos estando atrelados a questões assistenciais, de acesso, promoção da saúde e qualidade de vida.

Sugere-se a consolidação da aplicação do conceito de efetividade citado de Scarratti (2007) adaptado e apresentado por Kovalski *et al.* (2011) para a área de atuação fisioterapêutica, bem como para o embasamento do desenvolvimento de um Modelo Teórico e Teórico-Lógico da avaliação da efetividade da fisioterapia na AB, pois, há uma deficiência teórica e metodológica nesse campo de atuação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Cecília Ferreira de. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, nº 2, p. 271–279, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsa-lud.org/portal/resource/pt/lil-543482>. Acesso em: 3 mar. 2020.

BABATUNDE, Opeyemi O. *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**, Birmingham, v. 15, nº 7 July, p. 1–29, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>. Acesso em: 31 jul. 2022.

BASTIAENS, Ferdinand; BARTEN, Di-Janne; VEENHOF, Cindy. Identifying goals, roles and tasks of extended scope physiotherapy in Dutch primary care- an exploratory, qualitative multi-step study. **BMC health services research**, London, v. 21, nº 1, p. 19, jan. 2021. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05986-w>. Acesso em: 1 mar. 2022.

BISHOP, Annette. *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**, London, v. 7, nº 3, p. e012987, mar. 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e012987>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, nº 1, p. 1627–1636, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700074&lng=pt&tIng=pt. Acesso em: 14 set. 2022.

BORNHÖFT, Lena. *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 musculoskeletal disorders**, v. 20, nº 1, p. 186, maio 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31043169/>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021**. Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/3752/lei-n-14.231>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 9 mar. 2021.

CAMPAGNA WILSON, Lucie. *et al.* Improving the referral process for orthopedic services: Results of the rehabilitation medicine access program (orthopedics). **Journal of Military, Veteran and Family Health**, Ontário - Canadá, v. 7, nº 3, p. 20–32, 1 out. 2021. Disponível em: <https://jmvfh.utpjournals.press/doi/10.3138/jmvfh-2021-0036>. Acesso em: 4 fev. 2020.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth; VIECILI, Paulo Ricardo Nazário. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: Um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, nº 4, p. 968–977, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbe-pid/a/m5DmjwxQpJwCwbDVWDpGd6P/?lang=en>. Acesso em: 1 maio 2020.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. *et al.* L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes. **Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique**, v. 48, nº 6, p. 517–539, 2000.

DANIELSSON, Louise; KIHLMOM, Birgitta; ROSBERG, Susanne. Crawling Out of the Cocoon: Patients' Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression. **Physical Therapy**, v. 96, nº 8, p. 1241–1250, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/ptj/article/96/8/1241/2864887>. Acesso em: 14 fev. 2022.

DONABEDIAN, Avedis. The Seven Pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115–1118, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>. Acesso em: 31 jan. 2021.

DUBOIS, CA; CHAMPAGNE, F; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. *Em*: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 19–40

FORMIGA, Nicéia Fernandes; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, nº 2, p. 113–122, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10639>. Acesso em: 3 fev 2020.

FRIEDRICH, Thaís Lopes. *et al.* Motivações para práticas coletivas na atenção básica: Percepção de usuários e profissionais. **Interface: Comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 22, nº 65, p. 373–385, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0833>. Acesso em: 3 abr. 2022.

GARDNER, Tania *et al.* Patient-led Goal Setting. **Spine**, Canary Wharf, v. 41, nº 18, p. 1405–1413, 15 set. 2016. Disponível em: <https://journals.lww.com/00007632-201609150-00002>. Acesso em: 1 fev. 2022.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, nº 8, p. 1–5, 20 ago. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 maio 2022.

GOODWIN, R W; HENDRICK, P A. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? **Primary Health Care Research and Development**. v. 17, n° 5, p. 489–502, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423616000189>. Acesso em: 3 junho 2022.

HO-HENRIKSSON, Chan-Mei. *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 musculoskeletal disorders**, Reino Unido, v. 23, n° 1, p. 260, mar. 2022. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-022-05201-3>. Acesso em: 7 set. 2022.

JENSEN, Troels S.; GEBHART, G. F. New pain terminology: A work in progress. **Pain**, Seattle, v. 140, n. 3, p. 399–400, 2008. DOI: 10.1016/j.pain.2008.10.014. Disponível em: <https://journals.lww.com/00006396-200812000-00003>. Acesso em: 19 mar. 2021.

KOVALESKI, Douglas Francisco. **A relevância como critério de avaliação da gestão em saúde**. Florianópolis: CRV, 2018.

KOVALESKI, Douglas Francisco. *et al.* Contribuições de Benno Sander para a Avaliação da Gestão em Saúde. **Revista de Enfermagem Frederico Westphalen**, Itapajé, v. 6–7, n° 6–7, p. 31–46, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/96662905-Contribuicoes-de-benno-sander-para-a-avaliacao-da-gestao-em-saude.html>. Acesso em: 1 mar. 2021.

MASELLI, Filippo. *et al.* Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, Suíça, v. 19, n° 1, p. 555, 4 jan. 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/555>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MEDINA, Maria Guadalupe; SILVA, Gerluce Alves Pontes; AQUINO, Rosana; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In*: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira Da (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]**. Salvador: FIOCRUZ, 2005. p. 41–63.

MEERHOFF, Guss A. *et al.*; Exploring the perspective of patients with musculoskeletal health problems in primary care on the use of patient-reported outcome measures to stimulate quality improvement in physiotherapist practice; a qualitative study. **Physiotherapy Theory and Practice**. v. 37, n° 9, p. 993–1004, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09593985.2019.1678205>. Acesso em: 24 maio 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, v. 2, n° 2,

p. 02–11, 2011. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/sau-deetransformacao/article/view/652>. Acesso em: 24 maio 2021.

MOREIRA, Tadiana Maria Alves. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

NAPIER, Christopher; MCCORMACK, Robert G; HUNT, Michael A; BROOKS-HILL, Alexandra. A physiotherapy triage service for orthopaedic surgery: an effective strategy for reducing wait times. **Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada**, v. 65, n° 4, p. 358–363, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3138/ptc.2012-53>. Acesso em: 1 fev. 2020.

NENOVA, Gergana; MANCHEVA, Paraskeva; KOSTADINOVA, Todorka. Satisfaction of patients with arthrosis from multidisciplinary cooperation. **Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)**, Nenova, v. 22, n° 4, p. 1338–1343, 2016. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L613139946&from=export>. Acesso em: 1 jun. 2020.

ØSTERÅS, Nina. *et al.* Improving osteoarthritis management in primary healthcare: results from a quasi-experimental study. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 22, n° 1, p. 79, jan. 2021. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-021-03959-6>. Acesso em: 20 maio 2020.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n° 6, p. 1903–1914, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2020.

RENGER, Ralph; TITCOMB, Allison. A three-step approach to teaching logic models. **American Journal of Evaluation**, v. 23, n. 4, p. 493–503, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1098214002002308>. Acesso em: 20 mar. 2021.

PISCITELLI, D. *et al.* Direct access in physical therapy: a systematic review. **La Clinica terapeutica**, v. 169, n° 5, p. e249–e260, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30393813/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

RIBEIRO, Cristina Dutra; SOARES, Maria Cristina Flores; BAISCH, Ana Luiza Mucillo. Caminhos da atenção em fisioterapia: a inserção na atenção básica. **Brazilian Journal of Development**, São Carlos, v. 7, n° 2, p. 14991–14007, 1 jan. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24585/19644>. Acesso em: 29 jun. 2022.

RITCHIE, Jane; SPENCER, Liz. Qualitative data analysis for applied policy research. *In*: ROUTLEDGE LTD (org.). **Analyzing qualitative data**. Abingdon, UK: Taylor &

Francis, 2002. p. 173–194. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203413081>. Acesso em: 29 jun. 2022.

SAMICO, Isabella. *et al.* **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SAMSSON, Karin S; BERNHARDSSON, Susanne; LARSSON, Maria E H. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: a randomised controlled trial. **BMC musculoskeletal disorders**, Gothenburg, v. 17, p. 257, jun. 2016. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-016-1112-x>. Acesso em: 1 mar. 2022.

SANDER, Benno. Uma introdução à história da ANPAE como sociedade civil no campo da educação*. 2007. **A genealogia do conhecimento na administração da educação no Brasil e o papel da Anpae como entidade da sociedade civil. SIMPÓSIO Brasileiro de Política e Administração da Educação [...]**. Niterói: Série Cadernos ANPAE, 2007. p. 10. Disponível em: <https://www.anpae.org.br/website/estudos-e-ensaios/28-a-historia-da-anpae-como-sociedade-civil-no-campo-da-educacao-uma-introducao>.

SCARATTI, Dirceu. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses**. 2007. 315 f. Tese – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90541/247492.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1 jun. 2020.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp – Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

UCHÔA, Severina Alice da Costa. *et al.* Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 42, nº spe1, p. 100–113, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500100&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 mar. 2020.

O artigo 02 foi aceito para publicação pela Revista Saúde em Debate.

5.2 ARTIGO 2 - MODELO PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Model for evaluating the effectiveness of physiotherapeutic activities in Primary Care

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, 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. Este modelo proposto será posteriormente aplicado para verificar sua aplicabilidade, necessidade de ajustes e possibilidade de replicação em diferentes contextos.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Avaliação em saúde. Atenção básica

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

KEYWORDS: Physiotherapy. Health assessment. Primary care

Introdução

Na busca pela consolidação dos princípios da Atenção Básica (AB), fisioterapeutas apresentam relevante taxa de crescimento nacional entre os profissionais cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), constituindo-se atualmente na quinta profissão de nível superior mais frequente no SUS¹ 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, impactam nos determinantes sociais de saúde^{4,5} e o fim do financiamento da equipe NASF-AB pelo programa Previne Brasil⁶, exigem maior vigilância em 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 e aproximando-se das reais necessidades da AB⁷.

Considerando que o processo avaliativo oferece suporte ao planejamento e processo decisório⁸ um modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB 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 AB 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 gestão; visto que, pesquisas normativas tendem além de não emitir juízo de valor a não ultrapassar a análise do mérito eficácia e eficiência das ações, não contemplando, aspectos de qualidade de um serviço que estejam relacionadas ao seu valor efetividade e relevância¹¹.

Diante de tal fato, assumindo o conceito de avaliação elaborado por Contrandriopoulos et al.¹² “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 Kovaleski et al.¹³ e Kovaleski¹¹ 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.

Materiais e métodos

Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem qualitativa¹⁴ a fim de elaborar um modelo de avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB.

A pesquisa foi realizada por meio de revisão de literatura, entrevistas com *experts*/envolvidos com atuação fisioterapêutica na AB 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, construído para uma pesquisa avaliativa sobre a eficácia da atuação fisioterapêutica nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

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 no 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 a fim de levantar os indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica na AB. 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 outro, Mestre em Saúde Coletiva. Ambos possuíam ampla experiência docente assistencial na área de fisioterapia na AB.

As entrevistas foram transcritas, lidas e analisadas a partir da técnica *framework*¹⁶, visando identificar categorias e indicadores citados pelos participantes e o consenso com o modelo proposto. Os elementos consensuais foram categorizados entre os diferentes grupos de participantes e foram identificadas, por ordem de frequência os elementos condicionantes da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB.

Também foram entrevistados gestores da AB 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 relacionados a atuação fisioterapêutica na AB, 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 o 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 importância de cada uma das dimensões, subdimensões e critérios de avaliação, a fim de sugerir 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 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 chegar à unanimidade em 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 AB”. Quanto aos *experts* participaram: fisioterapeuta, Doutor em Saúde Coletiva na área de Avaliação em Saúde que atua na AB há mais de dez anos; fisioterapeuta, gestora de serviço de fisioterapia na AB; 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 consolidou-se o modelo teórico, modelo teórico-lógico e matriz avaliativa da atuação fisioterapêutica na AB que será apresentada nos resultados a seguir.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Número do Parecer: 5.309.694 e CAAE n. 53011421.3.0000.0121.

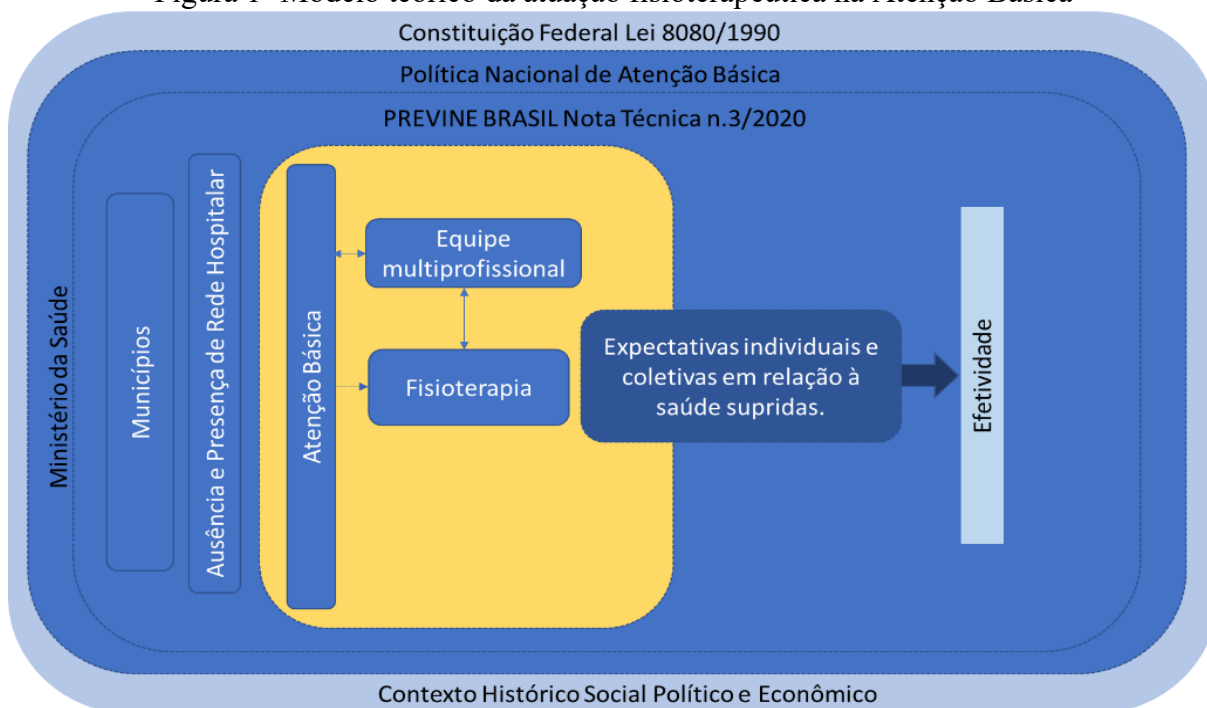
Resultados

Considerando as entrevistas com os gestores, consolidou-se a seguinte tipologia de atuação fisioterapêutica na AB: Tipo 1- Equipe multidisciplinar com fisioterapeuta - equipes que operam em modelo de equipes multidisciplinares mesmo após as mudanças de financiamento instituídas pela Nota Técnica n.3/2020; Tipo 2- Equipe multidisciplinar com Fisioterapeuta terceirizado/credenciado - equipes multidisciplinares que não possuem fisioterapeuta na equipe e para suprir a demanda de fisioterapia na AB contam com suporte técnico de clínicas credenciadas; Tipo 3 - Mista abarca os tipos 1 e 2, contando com fisioterapeuta próprios que fazem parte das equipes multidisciplinares e também terceirizados/credenciados a fim de suprir as demandas de fisioterapia da AB.

O modelo teórico (Figura 1) proposto retrata os elementos necessários para que a atuação fisioterapêutica atinja critérios de efetividade, estando em consonância com a Constituição Federal, Lei 8080/1990¹⁸, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹⁹, a literatura emergente e o contexto histórico atual (2022).

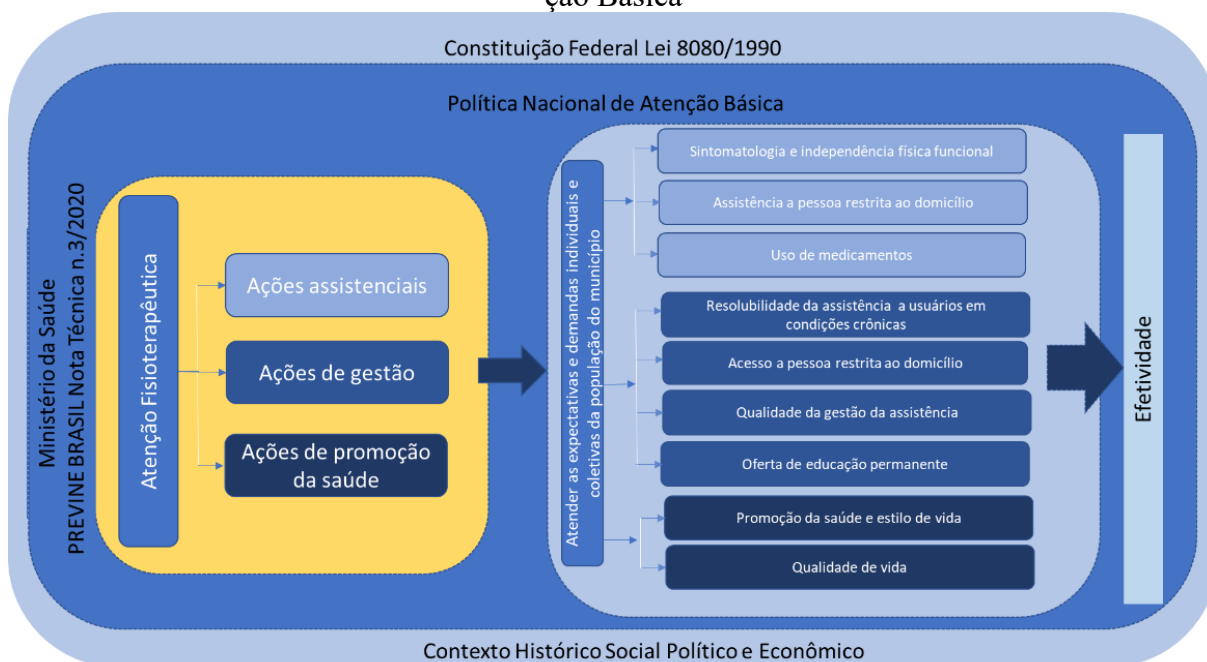
No modelo teórico-lógico (Figura 2) especifica-se que a atuação fisioterapêutica contempla ações assistenciais, ações de gestão e ações de promoção da saúde e qualidade de vida conforme referencial teórico consultado e consulta a especialistas, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da PNAB¹⁹, visando atender as principais demandas e expectativas coletivas e individuais da população.

Figura 1- Modelo teórico da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica



Fonte: os autores

Figura 2- Modelo teórico-lógico para avaliar efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica



Fonte: os autores

Para tanto, seus componentes, consolidados como descrito na metodologia, estão apresentados no Quadro 1:

Os indicadores consolidados tem como foco usuários restritos ao domicílio e usuários com dor lombar crônica. Em relação a 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 atuação básica e respectivos autores de referência.

Dimensões e indicadores	Autores de referência
1- Ações assistenciais	
1-Modificação da sintomatologia da independência física funcional	Bispo Junior ²⁰ , Piscitelli et al. ²¹ , Moi et al. ²² , López Liria et al. ²³ , Maselli et al. ²⁴ , Zhang, Yang, Gu et al. ²⁵ , Nordi e Acioli ²⁶
2-Modificação na dependência física funcional	López Liria 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 AB em usuários com condições crônicas	Lopez Liria 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	Oliveira et al. ³¹ , Maselli et al. ²⁴ , 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: os autores

No Quadro 2 estão sistematizadas as dimensões, seus respectivos indicadores e medidas.

Quadro 2 - Dimensões, indicadores e medidas da matriz avaliativa para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica à Saúde

Dimensão	Indicador	Medida
1- Ações assistenciais	1 – Modificação da sintomatologia e da independência funcional física	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 AB 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.
	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: os autores

Rationales

A ações assistenciais envolvem o desenvolvimento de ações fisioterapêuticas assistenciais aos usuários da AB 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 AB 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 na vida social^{24,25,45}.

Estudos demonstram que a atenção fisioterapêutica tem impacto em relação 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, impactando na capacidade de realizar atividades cotidianas com mais facilidade e voltando a realizar atividades que foram interrompidas devido aos sintomas apresentados.

Considera-se aqui atividades cotidianas aquelas como levantar da cama e calçar os sapatos, dirigir, até atividades relacionadas a retomar ao trabalho, a recreação e o lazer²⁵.

Com isso, o indicador identifica se usuários que estão na AB a mais de três meses, participando de diversas intervenções ofertadas na AB, Práticas Integrativas e Complementares, grupos, consulta individual, consulta compartilhada, entre outras intervenções percebem que a atuação fisioterapêutica promove redução nos 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 nos sintomas apresentados em lombalgia crônica após três meses de intervenções fisioterapêuticas na AB 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

A alta prevalência e morbidade das doenças crônicas degenerativas aliadas ao avanço tecnológico promoveu o aumento de demanda de assistência a pessoas restritas ao domicílio,

visto 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 faz parte da atuação fisioterapêutica na AB²⁶.

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 a percepção do impacto da atuação fisioterapêutica em relação a melhora na realização de atividades de vida diária como trocar roupa, comer ou mudar de postura com a questão: após o atendimento fisioterapêutico observou melhora em relação a realização de atividades de vida diária (ex.: trocar roupa, comer, mudar de postura)?; 2 - Percepção sobre estrutura e função do corpo. Relacionada a 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 em 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 em “muito=bom” ou “pouco=regular”. Obs.: o avaliador deve considerar a percepção do usuário independente 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 relata não ter melhorado nada por não perceber o impacto da atuação fisioterapêutica deve considerar a resposta do usuário.

Indicador 3 - Modificação no uso de medicamentos

A atuação fisioterapêutica pode impactar no uso de medicamentos, pois as ações assistenciais envolvendo cinesioterapia, terapia manual, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) entre outras estratégias, associadas as de educação em saúde promovem uma melhoria de diversas sintomatologias e possivelmente em menor necessidade de consumo de medicamentos, principalmente relacionados a situações de doenças músculo esqueléticas.

Apesar de sua capacidade de amenizar sintomas, o uso incorreto de medicamentos é um problema de Saúde Pública visto a possibilidade de reações adversas, falhas terapêuticas e

desenvolvimento de doenças iatrogênicas^{28,46}. Nesse sentido, pesquisadores citam que um maior acesso a fisioterapia está ligado a uma expressiva redução no consumo de medicamentos na população²⁷.

O indicador 3 - Modificação no uso de medicamentos consta de uma medida - 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 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 deste indicador.

Dimensão 2 – Gestão da assistência fisioterapêutica

Esta dimensão avalia aspectos de gestão que podem impactar diretamente na efetividade da atuação fisioterapêutica na AB, 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 AB 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 impactando 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 AB. Para tal, uma medida é utilizada: Percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na AB nos últimos seis meses com a questão: qual o percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na atenção básica à saúde? 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 o tratamento de disfunções físicas funcionais, a restauração de problemas respiratórios e evitar as complicações da doença que levaram a imobilização, conta com auxílio da família e/ou 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 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 em relação a qualidade da gestão devido a ampliação de 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 aponta impacto em eficácia, qualidade e satisfação dos usuários. Moi et al.,²² mencionam que, satisfação dos usuários é alta onde há atuação fisioterapêutica e Maselli et al.,²⁴ mencionam como segura, custo-efetiva e gerando 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 a 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 (PNS) aumentando a qualidade de respostas às necessidades relacionadas a 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 as 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 as principais demandas dos usuários e atender suas expectativas em relação a 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 práticas 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 em 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 a 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 à saúde mental.

E a pessoa restrita ao domicílio ou seu cuidador responderão a 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 nessas situações, aliviando sintomas como dor, mal estar, minimizando consequências de doenças, etc⁴⁸.

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 contemplar a perspectiva do fisioterapeuta como avaliador primário, também citam que sua atuação impactou na 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 a este 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 tem um “campo aberto para observações” para que o avaliador registre os fatores relacionados as 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 está apresentado no Quadro 3.

As dimensões serão julgadas considerando a pontuação máxima possível de ser atingida. As dimensões serão julgadas considerando a pontuação máxima possível de ser atingida. Na dimensão 1 – Ações assistenciais - o parâmetro e pontuação para opção de resposta em cada medida é: bom =4 pontos, regular=2 pontos, ruim = 0 pontos, com possibilidade de pontuação máxima de 20 pontos.

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

Na dimensão 3- Ações de Promoção da Saúde- bom = 2 pontos, regular = 1 pontos e ruim= 0 com pontuação máxima de 8 pontos.

A matriz considerará para lançamento as respostas com predomínio. Em questões nas quais só há duas opções de respostas, sendo 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 Regular = 2 pontos Ruim = 0 pontos
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 pontos Ruim = 0 pontos
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 pontos Ruim = 0 pontos
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: os autores

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 impactar 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 a atuação fisioterapêutica na AB^{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 inerentes a imobilização, como doenças respiratórias, úlceras de pressão e problemas circulatórios²⁶.

Todas as ações são baseadas na realidade da comunidade e concebendo 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 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 AB 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 resolutiva e, portanto, as intervenções propostas reduzem o encaminhamento para outros níveis de atenção impactando em uma maior retenção de usuários na AB. 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 de onde faz parte visando a integralidade e a universalidade em suas ações e tornando-se mais resolutiva em suas ações, fortalecendo a AB^{7,26,52,53}.

Em relação ao acesso a pessoas restritas ao domicílio, segundo Cruz et al.,²⁹, a inserção do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar na AB pode ser percebida por gestores, trabalhadores da APS 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 em relação a atuação fisioterapêutica, visto que, pesquisas de satisfação retratam as condições dos serviços oferecidos aos usuários e envolve questões relacionadas desde a 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 pela melhoria da atenção prestada à população, sendo responsável pela organização da oferta de serviço, 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 os profissionais a atuar frente aos desafios encontrados. Por isso, no âmbito da AB, 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 a atenção à saúde, visto que a formação inadequada tem implicações sobre o desenvolvimento e a qualidade da atenção prestada⁵⁵.

A dimensão “Promoção da saúde e qualidade de vida” 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 AB vai além da assistência, pois 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 AB impactam em hábitos de saúde, como sono, condições afetivas e funcionais, preservando e desenvolvendo a autonomia dos usuários do Sistema de Saúde^{7,50}.

Considerações finais

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

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

O modelo será testado em seis 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 aplicada em diferentes contextos em maior escala.

Em relação as limitações deste estudo, uma limitação 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 a forma de medir os desfechos e o modelo teórico que são coerentes, mas ainda não aplicado na prática. Pesquisas futuras poderão considerar ajustes e a melhor forma de medir os indicadores.

Ao considerar o momento atual do País em que o SUS é ameaçado devido as políticas de austeridade fiscal, identificar e avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB poderá potencializar melhorias nesse processo e atentar gestores e autoridades para as reais necessidades de melhorias na oferta deste 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).

Referências

1. DATASUS - Departamento de Informática do Sus [Internet]. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>
2. De Carvalho MN, Gil CRR, Dallacosta EMO, et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na atenção básica de saúde no Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2018 [acesso em 2017 jan 2]; 231:295–302. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DJFdsSx-tpnwZwT7SHvNQnzR/?lang=pt>

3. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020 [acesso em 2022 jan 3]; 292:1-5. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
4. Cecilio LC de O, Reis AAC dos. Apontamentos sobre os desafios ainda atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 [acesso em 2020 mar 2]; 348:1-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800501&lng=pt&tlng=pt
5. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saude Publica*. 2018. [acesso em 2020 mar 2]; 348:1-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt
6. Mendonça F de F, Lima LD de, 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]; 47137:13-30. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7841>
7. Fonseca MA da, Rodrigues JP, Mascarenhas MTM, et al. Fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*. 2016 Apr [acesso em 2021 jun 20]; 292:288-94. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/4593>
8. Calvo MCM, Henrique F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL, editors. *A Odontologia e a estratégia da saúde da família*. 1st ed. Tubarão; 2006. p. 115-39.
9. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp – Editora da Universidade de São Paulo; 2001. 85 p.
10. Nickel DA. Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. 89p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106618/314620.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Kovaleski DF. A relevância como critério de avaliação da gestão em saúde. Ltda C, editor. Curitiba; 2018. 121 p.
12. Contandriopoulos AP, François C, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZM de A, editor. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. [Rio de Janeiro]. Fiocruz; 1997. p. 29-47.
13. Kovaleski DF, Colussi CF, Freitas SFT, et al.. Contribuições de Benno Sander para a Avaliação da Gestão em Saúde. *Revista de Enfermagem Frederico Westphalen*. 2010-2011; [acesso em 2021 jun 20]; 6-76-7:31-46. 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 Saude Publica*. 2012 [acesso em 2021 fev 20]; 463:446-55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/73qYp8Tbjv5H4W6QYF5v6nS/?lang=pt>
15. Buch FWP. Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 112p. 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*. Routledge Ltd; 2002. p. 187-208.
17. Souza LEF de, Silva LMV da, Hartz ZM de A. Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZM de A, Silva LMV,

- editors. 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. *Cien Saude Colet*. 2010 [acesso em 2021 fev 20]; 151:1627–36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700074&lng=pt&tln=pt
 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]; 1695:249–60. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30393813/>
 22. Moi JHY, Phan U, de 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]; 810:1-9. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/10/e019275>
 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]; 1612:1-12. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16122236>
 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 2021 mar 12]; 191:555. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/555>
 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]; 1291:63–89. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00315125211059407>
 26. Nordi AB de A, Aciole GG. Ampliando a Família da Saúde: ações de fisioterapia na Atenção Primária. *Cadernos De Educação, Saúde e Fisioterapia*. 2020 [acesso em 2021 mar 20]; 713:1–16. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2451>
 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 2020 [acesso em 2021 jun 20]; 171:375. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2311-3>
 28. Mota DM, Melo JRR, Freitas DRC de, et al. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. *Cien Saude Colet*. 2012 2012 [acesso em 2021 jun 21]; 171:61–70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100009&lng=pt&tln=pt
 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]; 1969:135–49. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7875
 30. Püschel VA de A, Ide CAC, Chaves EC. Competências psicossociais para an assistência domiciliar. *Rev Bras Enferm*. 2005 [acesso em 2021 mar 20]; 584:466–70. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400017&lng=pt&tln=pt
31. Oliveira G de, 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]; 244:332–9. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/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]; 211:1-19. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/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]; 175:489–502. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27263326/>
 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*. Brasília; 20 Ago 2007.
 35. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2004 [acesso em 2021 jan 22]; 141:41–65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSG-FwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>
 36. Ghizoni AC, Arruda MP, Tesser CD. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2010 Aug 27 [acesso em 2021 jun 21]; 1435:825–37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400009&lng=pt&tln=pt
 37. Albiero JFG, Freitas SFT de. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2021 fev 15]; 41114:753–67. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500753
 38. Bim CR, de Carvalho BG, Trelha CS et al. Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. *Fisiot em Mov*. 2021 [acesso em 2021 fev 22]; 34:1–10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/y6bJrMMH3DVPmKjHfPdfy6b/?lang=pt>
 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]; 223:558–68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000300016&lng=pt&tln=pt
 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] 2265:373–85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200373&lng=pt&tln=pt
 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]; 157:1–29. Disponível em: <http://dx.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]; 231:260. Disponível em <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/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 Musculoskeletal Disorders*. 2019 [acesso em 2021 mar 22]; 201:186. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31043169/>
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]; 14; 73:1-15. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e012987>
45. Gardner T, Refshauge K, McAuley J, et al. Patient-led Goal Setting. *Spine*. 2016 [acesso em 2021 jun 12]; 15; 4118:1405-13. Disponível em: <https://journals.lww.com/00007632-201609150-00002>
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 03]; 474:329. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032010000400002&lng=pt&tlng=pt
47. Ribeiro CD, Soares MCF. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014 [acesso em 2021 jan 22]; 362:117-23. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v36n2/07.pdf>
48. Minayo MC de S, Hartz ZM de A, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet*. 2000 [acesso em 2021 fev 13]; 51:7-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MGNbP3WcnM3p8KKmLSZVddn/>
49. Loures LF, Silva MC de S. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010 2014 [acesso em 2021 abr 02]; 154:2155-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400029&lng=pt&tlng=pt
50. Ribeiro CD, Soares MCF, Baisch ALM. Caminhos da atenção em fisioterapia: a inserção na atenção básica. *Brazilian Journal of Development*. 2021 [acesso em 2021 dez 02]; 72:14991-14007. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24585/19644>
51. Medeiros PA de, Pivetta HMF, Mayer M da S. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. *Trab, Educ e Saúde*. 2012 [acesso em 2021 fev 02]; 103:407-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300004&lng=pt&tlng=pt
52. Soares G, Bezerra M. Estratégias, possibilidades e conquistas da fisioterapia na atenção primária à saúde: estudo de caso. *Fisiot & Sa Func*. 2014 2014 [acesso em 2021 jan 03]; 31:45-52. 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. *Histenferm Rev eletrônica*. 2015 2014 [acesso em 2021 mar 03]; 61:10-20. 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 02]; 125:401-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000500010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
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 Saude Publica*. 2017 [acesso em 2021 fev 03]; 339:1–13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt&tlng=pt
56. Ferrer MLP, Silva AS da, 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. *Fisio e Pesq*. 2015 2014 [acesso em 2021 fev 02]; 223:223–30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/yMYfWhGGPfPGCs6SXcKSCVd/abstract/?format=html&lang=pt>
57. Graniço AS, Martins ACG, Araújo VB de, et al. A Fisioterapia como instrumento modificador nos hábitos de vida diária de uma população desfavorecida da região serrana/RJ. In: *Relatos de Experiência - Eixo I Atenção Integral à Saúde*; 2018. Porto Alegre: Cad de Edu, Saúde e Fisio; 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2022>

O artigo 3 responde aos seguintes objetivos específicos: **testar um Modelo Teórico-Lógico e a Matriz Avaliativa da atuação fisioterapêutica na AB; emitir juízo de valor em relação à efetividade da atuação fisioterapêutica na AB**, contemplando o objetivo geral desta pesquisa.

O artigo: Avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB é um artigo inédito, que está em processo de avaliação pela Revista de Saúde Pública.

5.3 ARTIGO 3 - AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Assessment of the effectiveness of physiotherapeutic action in Primary Care

Avaliação da efetividade fisioterapêutica (AB)

Joyce Ribeiro ROTHSTEIN¹

José Francisco Gontan ALBIERO²

Sérgio Fernando Torres de FREITAS³

RESUMO:

OBJETIVO: O objetivo desta pesquisa foi avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica (AB) em diferentes formas de atuação.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa avaliativa, qualitativa, realizada em seis municípios da macrorregião da Grande Florianópolis-SC, selecionados intencionalmente por porte populacional e presença ou ausência de rede hospitalar. A forma de atuação foi classificada a partir de uma tipologia: tipo 1 - Equipe multidisciplinar com fisioterapeuta - equipes que operam em modelo de equipes multidisciplinares mesmo

¹Universidade Federal de Santa Catarina – (UFSC), Florianópolis– Santa Catarina (SC) – Brasil. Discente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva. Link ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-8303-0381> .E-mail:joycefisio@gmail.com

²Fundação Universidade Regional de Blumenau – (FURB), Blumenau – Santa Catarina (SC) – Brasil. Coordenador do Curso de Fisioterapia do Departamento de Ciências da Saúde Link ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-9042-395X> .E-mail:chicoalbiero@gmail.com

³Universidade Federal de Santa Catarina – (UFSC), Florianópolis– Santa Catarina (SC) – Brasil. Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva. Link ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8904-5998>. E-mail:sergio.freitas@ufsc.br.

após as mudanças de financiamento instituídas pela Nota Técnica n.3/2020; tipo 2- Equipe multidisciplinar com fisioterapeuta terceirizado/credenciado - equipes multidisciplinares que não possuem fisioterapeuta na equipe e 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 AB. A Matriz Avaliativa, composta por três dimensões e nove indicadores foi desenvolvida por meio de revisão de literatura, entrevistas com experts e validação em conferência de consenso. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com fisioterapeutas, gestores, usuários com dor lombar crônica ou usuários restritos ao domicílio, selecionados de forma intencional.

RESULTADOS: Três municípios foram parcialmente efetivos, dois do tipo 1 e um tipo 2; os demais foram considerados não efetivos.

CONCLUSÃO: Os fatores determinantes para a não efetividade estiveram associados as dimensões “ações de gestão” e “promoção da saúde”, demonstrando a necessidade de maior oferta de educação permanente as equipes, aumento da resolubilidade a usuários com condições crônicas e ampliação de acesso a usuários restritos ao domicílio, bem como aumento de impacto sobre aspectos relacionados à modificações no estilo de vida e qualidade de vida desta população.

PALAVRAS-CHAVE: estudos de avaliação, efetividade, fisioterapia, atenção básica.

ABSTRACT:

OBJECTIVE: The objective of this research was to evaluate the effectiveness of physiotherapeutic work in Primary Health Care in different forms of action.

METHODS: This is an evaluative, qualitative research carried out in six municipalities in the Greater Florianópolis -SC macro-region, intentionally selected by population size and presence or absence of a hospital network. The form of action was classified based on a typology: type 1 - Multidisciplinary team with physiotherapist - teams that operate in a multidisciplinary team model even after the financing changes established by Technical Note n.3/2020; type 2 - Multidisciplinary team with outsourced/accredited physiotherapist - multidisciplinary teams that do not have a physiotherapist on the team and to meet this demand rely on technical support from accredited clinics; type 3 – Mixed, encompasses types 1 and 2, with its own physiotherapists who are part of multidisciplinary teams and also outsourced/accredited in order to meet the AB physiotherapy demands. The evaluation matrix, consisting of three dimensions and nine indicators, was developed through a literature review, interviews with experts and validation in a consensus conference. Data collection occurred through interviews with physiotherapists, managers, users with chronic low back pain or users restricted to home, selected intentionally.

RESULTS: Three municipalities were partially effective, two type 1 and one type 2; the rest were considered non-effective.

CONCLUSIONS: The determining factors for non-effectiveness were associated with the dimensions “management actions” and “health promotion”, demonstrating the need for greater provision of ongoing education for teams, increased resolubility for users with chronic conditions and expanded access to restricted users at home, as well as an increased impact on aspects related to changes in the lifestyle and quality of life of this population.

DESCRIPTORS: Evaluation Study, effectiveness, physiotherapy, primary health care.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), elemento central para garantia do direito universal à saúde, foi denominada de Atenção Básica (AB) durante o processo de sua implantação no Brasil, para diferenciar políticas propostas pelo movimento sanitário das estratégias difundidas internacionalmente¹. No Brasil, estruturou-se a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). Posteriormente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), possibilitaram a integração de outras categorias profissionais, de acordo com as necessidades de cada região².

Os NASF-AB promoveram a aproximação formal da fisioterapia com a AB. A atuação fisioterapêutica na AB busca o compartilhamento da assistência tradicional com atividades de promoção, prevenção e educação em saúde³. Entretanto, para além dos desafios associados à assistência, outros fatores prejudicaram esta integração, como a pandemia da COVID-19, e as políticas de governo mais recentes, como a Emenda Constitucional 95, o programa Previne Brasil e alteração no custeio dos NASF-AB impactaram na composição das equipes⁴.

Há escassez de estudos avaliativos sobre a atuação da fisioterapia no sistema de saúde, com predomínio de pesquisas normativas e considerando que avaliações normativas em saúde não ultrapassam a análise de mérito (eficácia e eficiência) das ações. Aspectos da qualidade dos serviços que estejam relacionados ao seu valor, efetividade e relevância⁵, não foram encontrados, e esta pesquisa pode contribuir para a reduzir esta lacuna.

Assumindo o conceito elaborado por Contrandriopoulos *et al.*⁶ de que a “*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*” e o conceito adaptado para a saúde por Kovaleski *et al.*⁷, de que a “*efetividade avalia aspectos políticos relacionados às expectativas individuais e coletivas em relação à saúde, atrelada à maximização de resultados da qualidade da gestão em saúde*”, questiona-se: a atuação fisioterapêutica na AB é efetiva? qual o grau de efetividade de tal atuação?.

Para responder tais questões, o presente estudo teve o objetivo de avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB em diferentes modelos de atuação e em municípios com presença e ausência de rede hospitalar.

Métodos

Caracterização da pesquisa

Se caracteriza como pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa. Na primeira etapa, com base na revisão de literatura, entrevistas com experts/especialistas envolvidos na atuação fisioterapêutica na AB e Conferência de Consenso para validação com especialistas consolidou-se Modelos Teórico, Modelo Teórico-Lógico e Matriz Avaliativa da avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB⁸.

A aplicação da Matriz Avaliativa, ocorreu na segunda etapa da pesquisa, através da realização de estudos de casos múltiplos⁹, envolvendo seis municípios de diferentes portes populacionais, presença e ausência de rede hospitalar, e diferentes modelos de oferta da atenção fisioterapêutica na AB, sendo classificados a partir de uma tipologia de atuação.

Seleção dos casos

Optou-se por aplicar a Matriz em municípios da macrorregião da Grande Florianópolis, selecionando-se 6 entre 22 municípios, de forma intencional, considerando porte e presença de rede hospitalar e tipo de atuação. Estes critérios se justificam pela intenção de testar a Matriz em diversos contextos, com diferentes demandas de fisioterapia.

Tipologia dos Casos

A forma de atuação fisioterapêutica foi classificada por meio da seguinte tipologia construída a partir de entrevista com gestores de seis municípios da mesma região: tipo 1- Equipe multidisciplinar com fisioterapeuta - equipes que operam em modelo de equipes multidisciplinares mesmo após as mudanças de financiamento

instituídas pela Nota Técnica n.3/2020; tipo 2- Equipe multidisciplinar com fisioterapeuta terceirizados - equipes que não possuem fisioterapeuta e suprem a demanda contratando clínicas credenciadas; tipo 3 – Mista- abarca os tipos 1 e 2, contando com fisioterapeuta próprios e também terceirizados.

Ressalta-se que o termo “equipe multidisciplinar”, é aqui utilizado como sinônimo de equipe multiprofissional, referindo-se às antigas equipes NASF-AB.

A Matriz Avaliativa e fontes de evidências

O porte populacional de cada município, número de hospitais¹⁰, tipologia e distribuição de entrevistados está apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados, de acordo com o tipo de função e necessidade de atenção em cada município.

Porte do Município e Tipologia	Gestor	FT e Atuação profissional	Usuário RD	Características	Usuário DL	N Total
Município 1 (M1)- 433.158 habitantes Grande Porte com hospital (n= 17) Tipo 1	1*	4 FT - Todos-PICS, consulta individual (assistência), compartilhada, interconsulta, atividades coletivas, apoio matricial, visita domiciliar	6	5 usuários acamados (4 devido a Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 1 com Alzheimer) e 1 usuário com amputação bilateral	7	17*
Município 2 (M2)- 142.558 habitantes Grande Porte sem hospital Tipo 1	1	1 FT- atendimento domiciliar 3 FT – Grupos DL	2	1 usuário com Alzheimer e um oncológico	8	15
Município 3 (M3)-	2	1 FT - PICS	4	2 usuários com AVC, 1 doença degenerativa e 1	8	15

20.332 habitantes Médio Porte com hospital (n=1) Tipo 3				com amputação bilateral		
Município 4 (M4) - 18.890 habitantes Médio Porte sem hospital Tipo 3	2*	1 FT- PICS e assistência 1 FT - grupo DL e assistência 1FT - assistência	3	2 usuários com AVC (um acamado, outro não) e usuária com lesão medular (acamado/cadeira ante)	10	17*
Município 5 (M5)- 9.494 habitantes Pequeno Porte com hospital (n=1) Tipo 1	1*	PICS, consulta individual (assistência), compartilhada, interconsulta, atividades coletivas, apoio matricial, e atendimento domiciliar	2	2 usuários acamados devido a AVC	8	11*
Município 6 (M6)- 7.613 habitantes Pequeno Porte sem hospital Tipo 2	1	-	3	1 usuário por AVC (deambula), 1 acamado por acidente e 1 acamado devido a paralisia supra nuclear.	8	12

Fonte: os autores

*Um profissional com carga horária compartilhada entre gestão e assistência
Legenda: RD=restrito ao domicílio, DL= dor lombar, FT= fisioterapeutas

A Matriz Avaliativa é composta por três dimensões: ações assistenciais, ações de gestão e ações de promoção de saúde, e nove indicadores apresentados no Quadro 1, no qual é possível visualizar medidas, questões da entrevista, opções de respostas, parâmetros e fontes de evidências.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com fisioterapeutas (FT), gestores, usuários com dor lombar crônica (DL) ou usuários restritos ao domicílio (RD). Estas ocorreram de forma virtual no período de janeiro a abril de 2023.

Quadro 1 - Matriz Avaliativa da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	MEDIDAS	QUESTÕES	OPÇÕES DE RESPOSTAS NO QUESTIONÁRIO	PARÂMETROS	FONTES
1 - Ações assistenciais	Aspectos físicos funcionais	1 - Modificação da sintomatologia e melhora 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	Quanto você considera que o sintoma apresentado melhorou?	() muito () pouco () nada/piorou campo aberto para observações	muito = bom; pouco = regular; nada/piorou = ruim	Usuário com lombalgia crônica
			2 - Percepção sobre alterações na realização de atividades cotidianas	Após o atendimento fisioterapêutico você conseguiu realizar as atividades cotidianas com mais facilidade ou voltou a fazer outras atividades que não estava fazendo?	() muito () pouco () nada/piorou campo aberto para observações	muito = bom; pouco = regular; nada/piorou = ruim	Usuário com lombalgia crônica
	Assistência a pessoa restrita ao domicílio	2 - Modificação na dependência física funcional	1 - Percepção sobre a dependência física funcional	Após o atendimento fisioterapêutico observou melhora em relação a realização de atividades de vida diária (ex.: como trocar roupa, comer, mudar de postura)?	() muito () pouco () nada/piorou campo aberto para observações	muito = bom; pouco = regular; nada/piorou = ruim	Usuário (preferencial)/ cuidador
			2 - Percepções sobre estrutura e função do corpo (escaras, respiração e circulação)	Após o atendimento fisioterapêutico observou melhora em relação a respiração, inchaço no corpo e a presença de escaras (feridas)?	() muito () pouco () nada /piorou campo aberto para observações	muito = bom; pouco = regular; nada/piorou = ruim	Usuário (preferencial)/ cuidador
	Medicamentos	3 - Modificação no uso de medicamentos	1- Modificação no uso de medicamentos após/durante a atenção fisioterapêutica	Houve alguma modificação no uso de medicamentos durante/após a atenção fisioterapêutica? Considera-se o uso de medicamentos analgésicos, antiinflamatórios e relaxante muscular.	() uso mais racional, com manutenção () uso mais racional, com redução () não usa mais campo aberto para observações	uso mais racional, com redução ou não usa mais = bom uso mais racional, com manutenção = regular não modificou padrão de uso = ruim	Fisioterapeuta

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	MEDIDAS	QUESTÕES	OPÇÕES DE RESPOSTAS NO QUESTIONÁRIO	PARÂMETROS	FONTES
2 - Ações de gestão	Gestão da assistência fisioterapêutica	4 - Resolubilidade da assistência fisioterapêutica na AB em usuários com condições crônicas	1 - Percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na atenção básica à saúde nos últimos seis meses	Qual o percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na atenção básica à saúde?	() 80% ou mais () 70 a 79 () menos de 70% campo aberto para observações	80% ou mais = bom 70% a 79% = regular menos de 70% = ruim	Dado secundário/ Gestor e equipe
	Acompanhamento das pessoas restritas ao domicílio	5 - Garantia do cuidado à pessoas restritas ao domicílio	1 - Acompanhamento regular de pacientes restritos ao domicílio do território	Qual percentual de pacientes restritos ao domicílio do território que são acompanhados pelo fisioterapeuta?	() acima de 80% () de 60 a 79% () abaixo de 59% campo aberto para observações	acima de 80% = bom de 60 a 79% = regular abaixo de 59% = ruim	Gestor
	Qualidade da gestão da assistência fisioterapêutica	6 - Qualidade da gestão da assistência	1 - Grau de satisfação do usuário	Qual o seu grau de satisfação com a fisioterapia?	() muito satisfeito, () satisfeito, () pouco satisfeito e () nada satisfeito campo aberto para observações	acima de 75% (muito satisfeito) = bom de 74% a 50% (satisfeito) = regular de 49 a 40% (pouco satisfeito) e abaixo de 40% (nada satisfeito) = ruim	Usuário
	Educação permanente	7 - Oferta de educação permanente	1 - Oferta de educação permanente com carga horária garantida no último ano	A gestão ofertou educação permanente com carga horária garantida no último ano?	() sim () não campo aberto para observações	sim=bom não =ruim	Fisioterapeuta
3 - Ações de promoção da saúde	Promoção da saúde e qualidade de vida	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	q1 - Lombalgia crônica: O tratamento de fisioterapia fez com que você adotasse hábitos de vida mais saudáveis? q2 - Pessoa restrita ao domicílio: O tratamento fisioterapêutico fez com que você tivesse oportunidade de ter maior interação com sua família?	() se movimentava mais () melhorou qualidade do sono () melhorou a saúde mental campo aberto para observações Pessoa restrita ao domicílio: () sim () não campo aberto para observações	q1 - 2 e 3 = bom, 1 = regular, 0 = ruim q2 - sim = bom não = ruim	Usuário com lombalgia crônica e cuidador /pessoa restrita ao domicílio
		9 - Qualidade de vida	1 - Percepção sobre a qualidade de vida	q3 - Lombalgia crônica: Você se considera mais ativo em sua comunidade ou que melhorou sua participação em atividades sociais? q4 - Pessoa restrita ao domicílio: Você considera que melhorou sua interação com outras pessoas da família e fora dela?	() sim () não campo aberto para observações	sim=bom não =ruim	Usuário com lombalgia crônica e cuidador / pessoa restrita ao domicílio

Em municípios de tipo 2 e 3, as perguntas relacionadas ao indicador 3 foram realizadas diretamente ao usuário, e o indicador 7 ao gestor da equipe da AB.

Fisioterapeutas de clínicas credenciadas não participaram da pesquisa. As clínicas credenciadas realizavam assistência sendo responsável por toda assistência clínica (em estabelecimento próprio) e domiciliar em M6, M3 e 80% total da assistência clínica no M4.

Foi solicitado aos municípios que todos os usuários em RD tivessem características para atenção domiciliar ¹¹, que é destinada aqueles com dificuldade de locomoção, mas com problemas compensados/controlados e que necessitam de cuidados com menor frequência e recursos¹¹. Todos os participantes foram escolhidos de forma intencional, sendo os usuários elegíveis aos critérios da pesquisa identificados pelo FT ou pela regulação. Usuários com DL eram elegíveis quando estivessem a pelo menos três meses em intervenções fisioterapêuticas na AB.

Após coletados, os dados foram consolidados e aplicados a Matriz Avaliativa. 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 2. As dimensões foram julgadas considerando a pontuação máxima possível de ser atingida.

Foi lançada na Matriz a resposta com maior predomínio consolidado, além disso, no parâmetro “sim=bom”, “não= ruim”, foi considerada a classificação regular quando havia empate de respostas. Na dimensão 1 considerou-se a seguinte pontuação: muito=bom (4 pontos), pouco=regular (2 pontos) e nada/ruim (0). Na dimensão 2: muito=bom (3 pontos), pouco=regular (2 pontos) e nada/ruim (1). Na dimensão 3: muito=bom (2 pontos), pouco=regular (1 pontos) e nada/ruim (0).

Quadro 2 - Classificação da pontuação, julgamento das dimensões, e juízo de valor final da efetividade da atuação fisioterapêutica na AB

Dimensão	Classificação pontuação	Julgamento da Dimensão
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 Regular = 2 pontos Ruim = 0 pontos
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 pontos Ruim = 0 pontos
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 pontos Ruim = 0 pontos
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: os autores

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Número do Parecer: 5.309.694 CAAE n. 53011421.3.0000.0121.

Resultados

O Quadro 3 apresenta o julgamento de valor de cada medida em cada um dos indicadores, nos seis municípios da macrorregião da Grande Florianópolis – SC.

O Quadro 4 apresenta a classificação do julgamento de cada dimensão, a pontuação total e a emissão de juízo de valor do grau de efetividade de cada município, segundo a tipologia de atuação.

Quadro 3- Julgamento de valor de cada medida em seis municípios da macrorregião de Florianópolis – SC

Municípios/ Casos	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Tipo	1	1	3	3	1	2
1- Ações assistenciais						
1 - Modificação da sintomatologia e melhora da independência física funcional	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
	BOM	BOM	BOM	REGULAR	BOM	BOM
2- Modificação na dependência física funcional	RUIM	BOM	BOM	BOM	REGULAR	REGULAR
	RUIM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
3 - Modificação no uso de medicamentos	BOM	BOM	BOM	BOM	REGULAR	BOM
2- Ações de gestão						
4- Resolubilidade da assistência fisioterapêutica na AB em usuários com condições crônicas	BOM	REGULAR	RUIM	REGULAR	BOM	REGULAR
5- Garantia do cuidado a pessoas restritas ao domicílio	RUIM	RUIM	RUIM	RUIM	RUIM	BOM
6- Qualidade da gestão da assistência	REGULAR	BOM	BOM	REGULAR	REGULAR	BOM
7- Oferta de educação permanente	BOM	BOM	RUIM	RUIM	RUIM	RUIM
3- Ações de promoção da saúde						
8- Modificação de comportamento relacionado ao estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM
	RUIM	BOM	BOM	BOM	REGULAR	REGULAR
9- Qualidade de vida	BOM	REGULAR	REGULAR	BOM	REGULAR	BOM
	RUIM	REGULAR	BOM	BOM	REGULAR	REGULAR

Fonte: os autores

Quadro 4 - Grau de efetividade da atuação fisioterapêutica na AB de seis municípios da macrorregião de Florianópolis, SC.

Municípios	Tipo	Assistenciais	Gestão	Promoção da saúde	Pontuação Total	Grau efetividade
M1	1	REGULAR	REGULAR	RUIM	3	NÃO EFETIVA
M2	1	MUITO BOM	REGULAR	REGULAR	6	PARCIALMENTE EFETIVA
M3	3	MUITO BOM	RUIM	BOM	6	NÃO EFETIVA*
M4	3	MUITO BOM	RUIM	BOM	6	NÃO EFETIVA*
M5	1	BOM	REGULAR	REGULAR	5	PARCIALMENTE EFETIVA
M6	2	MUITO BOM	REGULAR	REGULAR	6	PARCIALMENTE EFETIVA

*não efetiva devido à classificação “ruim” em uma das dimensões, tendo pontuação para classificação parcialmente efetiva segundo critérios.

Fonte: os autores

Destaque-se que todos os municípios apresentaram impacto em relação a ações assistenciais, com predomínio de classificação “muito bom” e com relatos como:

A fisioterapia mexe bastante com ela. Isso previne muito escaras. Estou muito satisfeita, pra nós é um alento a fisioterapia. É tudo pra pessoa acamada. É muito bom. (Cuidadora usuária RD1_M2).

“Eu me sinto muito melhor eu não andava nem nada, agora eu já ando, eu não podia sentar na cadeira por causa da coluna, foi bem bom. Me sinto muito bem com a fisioterapia que eu fiz.” (Usuário 4 DL_ M3).

“..mas ao longo que a gente vai vendo as possibilidades... a redução de espasmo, a acessibilidade pra ir ao banheiro.. eu aprendi muito pois eu nunca tinha tido contato com uma cadeira de rodas... e ter um profissional que te diz: você vai ter uma vida boa assim nessa situação que tu tá, sendo cadeirante, é muito importante, melhora muito minha autoestima”. (Usuária 2 RD_M4).

No entanto, o M1 teve classificação “regular” nesta dimensão, ao receber “ruim” no indicador 2 - *Modificação na dependência física funcional*, e insatisfação de

usuários em RD em relação à atenção prestada, impactando na classificação “regular” da dimensão 2 e “ruim” na dimensão 3. O município adotou como política uma ação de visitas domiciliares sem atendimento, enquanto os outros municípios realizam atendimento domiciliar, o que interferiu negativamente na satisfação e na percepção de impacto da atuação fisioterapêutica.

“Não há um atendimento, eles vieram aqui, eles fizeram uma avaliação muito breve, nada demais e foram embora e nunca voltaram e eu achei que era uma avaliação pra gerar sessões e não voltaram. A minha mãe é da classificação vermelha, mas vieram e não fizeram nada que foi relevante. Muito simpáticos, mas a fisioterapeuta falou que um dos estagiários poderia vir, mas nunca mais vieram (Cuidadora 3 - M1).

“Não vieram mais aqui, vieram uma vez e não vieram mais. Melhorou muito pouco quando vieram. Eu não sei fazer, eu lido com ela, mas não sei o que é pra fazer. Nada satisfeita eu estou”. (Cuidadora 5_M1).

Em relação à dimensão “Ações de Gestão”, nenhum município alcançou classificação máxima, com “regular” em quatro municípios (três do tipo 1 e um do tipo 2) e “ruim” nos dois municípios do tipo 3. Cinco municípios tiveram classificação “ruim” em relação ao indicador 5, sendo o M6, um município de pequeno porte sem rede hospitalar, o único com classificação “bom” garantindo cuidado a mais de 80% da população RD do território. A classificação “ruim” nessa dimensão levou os municípios 3 e 4 à não efetividade.

A necessidade de melhora em relação a resolubilidade da assistência fisioterapêutica em usuários com condições crônicas (Indicador 4), o aumento de acesso a usuários RD (Indicador 5) e ampliação da educação permanente (indicador 7) foram determinantes, sendo que o indicador 4 e 7 só tiveram classificação “bom” em municípios de tipo 1.

Chama atenção os resultados do indicador 6 - satisfação dos usuários. Usuários com DL estavam na maioria “muito satisfeitos=bom”. Usuários RD estavam “pouco satisfeitos ou insatisfeitos = ruim” com visitas domiciliares (M1), “satisfeitos = regular” com atendimentos semanais (M4, M5) e “muito satisfeitos=bom” com

atendimentos mais de uma vez por semana (M2, M3, M6), o influenciou na classificação geral do indicador em cada município.

Para a dimensão “Promoção em Saúde”, observou-se na fala dos usuários:

“antes de fazer a fisioterapia eu estava bem reprimida sabe, eu não conseguia ter uma vida social, eu não conseguia estar junto com outras pessoas, nem em momento social em um aniversário com amigos” (usuário DL 3- M1).

“Eu voltei a fazer muitas atividades que eu não estava fazendo antes. Eu passei a me movimentar, a fazer caminhada, muito bom. Meu sono melhorou, pois eu não tenho mais dor nas costas, não sinto o que sentia antes”. (Usuário DL- M5)

“..parece que a mente dele ficou mais ativa, ele reconhece mais as pessoas “ (cuidadora 1RD_M6).

Nessa dimensão, o M1 obteve classificação “ruim” nos indicadores 8 e 9 nas questões respondidas pelos usuários RD. No M5 características intrínsecas da população e determinantes sociais parecem interferir com maior efeito na atuação fisioterapêutica, com três classificações “regular” e falas como a seguir:

“Eu cuido da minha mãe acamada, então é uma prisão sabe, eu tenho um irmão deficiente e uma mãe acamada, por isso estou agora sentindo dor nos braços, mas eu não saio por isso.” (Usuário 4 DL_ M5)

“....depois dessa cirurgia eu parei muito, e aqui não tem coisas na comunidade em que se possa se envolver, aqui é uma coisa meia restrita sabe, o pessoal não é de fazer coisa na comunidade aqui, no máximo o que tem é uma festinha e chega.” (Usuário 8 DL_ M5)

Em relação a pontuação total por tipologia, observa-se que a pontuação 6 esteve presente em todos os tipos com o diferencial de que nos municípios tipo 3 (Mista) questões de gestão levaram a não efetividade.

Os municípios de tipo 1 destacam-se com boa classificação em relação a três aspectos: na gestão (indicadores 4 - M1 e M5 e 7 - M1 e M2). No entanto, o M1 obteve as menores pontuações relacionadas a assistência e ações de promoção da saúde a usuários do RD sendo determinante para não efetividade do mesmo. No tipo 2, destaca-se pelo M6 ser o único município com percentual acima de 80% de usuários RD com garantia de acesso a fisioterapia.

A satisfação dos usuários RD foi impactada nos municípios nos quais ocorria a oferta de atendimento domiciliar com frequência superior a um atendimento por semana (M2, M3, M6), sendo que no M3 e M6 a atenção domiciliar era realizada por fisioterapeutas terceirizados.

Discussão

Em relação à dimensão 1 – Ações assistenciais, usuários com dor lombar crônica percebem o impacto da atuação fisioterapêutica sobre a sintomatologia e a capacidade física funcional, corroborando com a literatura¹², fato relevante considerando que a lombalgia é um importante problema de saúde pública tornando-se a principal causa de incapacidade em todo o mundo¹³.

Já para usuários RD, observou-se que o impacto da atuação fisioterapêutica foi percebido nos municípios onde há atendimento fisioterapêutico com frequência mínima semanal.

Nesse sentido, Levy e Oliveira¹⁴ citam que a fisioterapia na reabilitação de muitas doenças neurológicas, visa recuperar “e/ou” manter os graus de incapacidade, promovendo melhora das funções motoras sensitivas e neurológicas. No entanto, apesar de todos os usuários relatarem manutenção ou melhora de seu estado de saúde, no M1 o impacto não foi percebido por 5 dos 6 respondentes.

Ainda que a forma de organização da assistência prestada pelo município 1 esteja de acordo com a recomendado da Portaria n.825/2016, que redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS¹¹, esta modalidade não atende às expectativas dos usuários. Entre as explicações, a falta de longitudinalidade e de vínculo são fatores que afetam o sucesso do tratamento, desde a adesão ao seu manejo, sendo determinantes na satisfação do usuário¹⁵.

Cornec *et al.*¹⁶, avaliaram a satisfação de usuários com paralisia cerebral (PC) em relação à reabilitação motora. Os resultados apontaram como determinantes no

aumento da satisfação a coordenação eficiente dos cuidados e o fato do paciente ter informações claras sobre como será a fisioterapia. Além disso, o estudo demonstrou que maior comprometimento motor foi associado a pontuações mais baixas em relação à satisfação, assim como esta foi reduzida em indivíduos com outros tipos de comprometimentos associados - visão, audição, fala e deficiência intelectual. Guadie *et al.*¹⁵, também fazem menção ao fato de que pacientes neurológicos tendem a ter menores graus de satisfação, por conta da recuperação lenta e incompleta.

As constatações mencionadas também podem ter influenciado nos resultados deste estudo, visto que avaliações piores foram observadas entre usuários RD acamados com outros comprometimentos associados. No entanto, a avaliação foi melhor onde havia pacientes desse perfil mas que recebiam atendimento com maior frequência. Em todos os municípios com classificação “bom” em relação ao indicador 6, a fisioterapia era realizada com frequência superior a um atendimento semanal, mesmo no caso em que era realizado por credenciados ou os usuários relatando dificuldade de conseguir novas sessões após encerrar o pedido e nos demais haver continuidade da atenção.

Quanto ao indicador 5 – Garantia do cuidado a pessoas restritas ao domicílio, Souza Sá *et al.*¹⁷ apresentam uma revisão sobre cenários do acesso ao tratamento fisioterapêutico em acometidos por AVC. Após analisar 21 artigos, observaram que todos os estudos apontam dificuldade de acesso à serviços de reabilitação. Esta dificuldade foi relatada em outros estudos^{18,19}.

Pauletti¹⁸ também constatou encaminhamentos incorretos, onde há confusão na diferenciação entre atenção primária, secundária e terciária, com usuários sendo colocados para demandas da AB de forma incorreta, além da sobrecarga sobre a demanda. Tais achados podem estar relacionados aos impactos e a efetividade, como observado pelos usuários neste estudo, onde o município 1 tem 10 fisioterapeutas para atender 140 equipes de ESF, assim como o M5 dispõe de apenas um profissional para atender todas as demandas, incluídas aquelas de pós-operatório devido a presença de hospital.

Tais fatos demonstram a necessidade de uma reflexão em relação à provisão de fisioterapeutas na AB, haja visto que é conhecida a necessidade social desse profissional nesse nível de atenção. No entanto, a literatura apresenta dados de que a provisão de fisioterapeutas é insuficiente na maioria dos países, sendo que em países

em desenvolvimento a proporção por habitante chega a ser 400 vezes menor do que em países ricos²⁰.

Além disso, pesquisadores²¹ citam que gestores enfrentam dificuldade de definir o quantitativo de profissionais necessários em relação ao número de pacientes possíveis de serem cuidados de acordo com suas especificidades e região de abrangência. Ademais, os dois municípios do tipo 1 tinham profissionais que compartilhavam carga horária de gestão e assistência, o que cabe analisar diante de tais fatos, a necessidade de uma adequação da relação profissional e número de usuários atendidos.

A oferta de ações de educação permanente (Indicador 7) ocorreu em apenas dois municípios, ainda que a literatura a tenha apontado como necessária para a AB, seja para mobilizar lideranças e gestores, ou por suas implicações sobre a qualidade da atenção²². Ressalta-se que tiveram classificação “ruim” em relação ao indicador 7, dois municípios do tipo 3 e um do tipo 2. É possível que a gestão tenha maior dificuldade de trabalhar esse aspecto em equipes mistas, visto que profissionais de clínicas credenciadas tem suas horas técnicas revertidas em procedimentos (atendimentos).

Em relação a dimensão 3 - Ações de Promoção da Saúde, os impactos da atuação fisioterapêutica foram observados em relação ao estilo e qualidade de vida por usuários com DL em todos os municípios, promovendo modificação de comportamento e estilo de vida e maior participação social. No entanto, não foram percebidos por usuários RD no M1, onde os usuários não identificaram a atuação fisioterapêutica como promotora de oportunidades para maior interação familiar e social.

Embora a literatura aponte que quadros com maior comprometimento funcional tenham maior influência em relação a diminuição dos papéis sociais e da qualidade de vida²³, os efeitos da atuação fisioterapêutica não foram observados primordialmente pela inexistência de um atendimento sistematizado no M1.

Procópio *et al.*²⁴, ao discorrer sobre os desafios e potencialidades da atenção domiciliar, chamam atenção para o fato de os cuidadores apresentarem vivências de confiança, segurança e afeto, mas também de insegurança, falta de apoio e esgotamento físico e emocional, o que exige que atores envolvidos com a AD e gestores questionem as formas de produção do cuidado instituídas.

Quanto à tipologia, observou-se pontuação 6 em todos os tipos, no entanto, dois municípios (tipo 3) tiveram classificação “ruim” na dimensão gestão, não sendo,

portanto, efetivos. Os municípios parcialmente efetivos foram de tipologia 1 (M2, M5) e 2 (M6).

No M2 os respondentes foram usuários DL participantes de grupos, corroborando com a literatura em relação ao impacto de grupos, nos quais, pesquisadores citam que os grupos são capazes de minimizar doenças e perda de capacidade funcional, preservar e desenvolver autonomia²⁵.

No M6, dois pontos merecem destaque. A assistência realizada com profissionais credenciados mostrou-se efetiva tanto na atenção a usuários com DL como RD. No M6 usuários RD eram atendidos com maior frequência, assim como no M2 que também disponibilizava atendimento domiciliar por credenciado. Tais dados refletem a necessidade de um novo planejamento sobre a atenção ao usuário RD, remanejando regulação, gerando acesso e buscando estratégias de assistência que sejam adequadas às necessidades destes, gerem satisfação e efetivação da atuação.

No entanto, tais resultados merecem ser analisados com cautela. Estudos de custo-efetividade são sugeridos para complementar os resultados, visto que, segundo Pires *et al.*²⁶ o setor público compra procedimentos caros ofertados pela rede privada. No caso da atenção a DL por serviços especializados, especialistas recebem pacientes por encaminhamento e quase sempre há um trabalho isolado da AB; não há vinculação às equipes, o tratamento tende a ser contínuo e com características de atenção secundária²⁷.

Além disso, Tesser²⁸ menciona que mesmo que comprovadas não haver vantagens, essas intervenções levarão anos ou até décadas para serem retiradas da prática cotidiana. Ademais, as diretrizes atuais recomendam que os casos de lombalgia sejam tratados na AB por não estarem, na maioria dos casos, relacionados a doenças graves²⁹.

Considerando que a AB é um local privilegiado para regulação do acesso e sua resolubilidade impacta na coordenação do cuidado em toda a rede é importante qualificar a regulação do cuidado. Nesse contexto, pesquisadores citam a relevância de se considerar a funcionalidade nas definições de acesso, a fim de alcançar a resolubilidade ideal às condições crônicas de saúde³⁰.

Finalmente, conclui-se que a atuação fisioterapêutica na AB se mostrou parcialmente efetiva em dois municípios do tipo 1 e um município do tipo 2. Dois

municípios do tipo 3 obtiveram pontuação suficiente, mas aspectos relacionados à gestão do serviço foram determinantes para a não efetividade.

Os fatores determinantes para a não efetividade estiveram associados as dimensões “ações de gestão” e “promoção da saúde”, por baixa oferta de educação permanente às equipes, pouca resolubilidade à usuários com condições crônicas, necessidade de ampliação de acesso a usuários RD com maior impacto sobre aspectos de promoção da saúde desta população.

As limitações deste estudo, estão relacionadas ao fato de ter sido realizado em apenas seis municípios do Sul do Brasil, no entanto, foi possível, avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB, representando um importante marco para avaliação nesse âmbito de atuação.

AGRADECIMENTO: 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).

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHM de. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadoras do cuidado? Cebes. 2012;1–96.
2. 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). Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2017.
3. Fonseca MA da, Rodrigues JP, Mascarenhas MTM, Lima MD de O, Helena L. A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. RBPS. 2016; 29(2):288–94. <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/4593>
4. Casotti ND. Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e os impactos das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): um estudo em uma região do interior do estado de São Paulo. São Carlos. Dissertação [Mestrado em Gestão da Clínica] - Universidade Federal de São Carlos; 2023
5. Kovalski DF. A relevância como critério de avaliação da gestão em saúde. Curitiba: Editora CRV; 2018

6. Contandriopoulos AP, François C, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZM de A, editor. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29–47.
7. Kovaleski DF, Colussi CF, Freitas SFT de, Calvo MC na M. Contribuições de Benno Sander para a Avaliação da Gestão em Saúde. Rev. Enferm. (Frederico Westphalen, Online). 2011; 6–7(6–7):31–46
8. Rothstein JR, Freitas SFT de; Albiero JFG. Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica. Saúde debate. 2023; no prelo.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
10. Datasus. Departamento de Informática do SUS - DATASUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. <http://tabnet.datasus.gov.br/>
11. Brasil. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2016.
12. Maselli F, Piano L, Cecchetto S, Storari L, Rossetini G, Mourad F. Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward? Int J Environ Res Public Health. 2022;19 (1):555. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010555>.
13. Chen S, Chen M, Wu X, Lin S, Tao C, Cao H, et al. Global, regional and national burden of low back pain 1990–2019: A systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2019. J Orthop Translat. 2022;32:49–58. <https://doi.org/10.1016/j.jot.2021.07.005>
14. Levy A, Oliveira ASB. Reabilitação em doenças neurológicas - guia terapêutico prático. São Paulo - SP: Atheneu; 2003.
15. Guadie YG, Kibret AK, Adem KS, Yalew ES. Patient's satisfaction in physiotherapy outpatient departments of Amhara regional comprehensive specialized hospitals, Ethiopia. BMC Health Serv Res. 2022. 22 (1011):1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08338-y>
16. Cornec G, Drewnowski G, Desguerre I, Toullet P, Boivin J, Bodoria M, et al. Determinants of satisfaction with motor rehabilitation in people with cerebral palsy: A national survey in France (ESPaCe). Ann Phys Rehabil Med. 2021;64(3):101314. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.09.002>
17. Sá AJ de S, Carvalho ADF de, Costa AVMC, Araújo Júnior DG, Carvalho FJO de V, Araújo FW de, et al. Cenário do acesso ao tratamento fisioterapêutico de

indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral: Uma revisão integrativa. RBS. 2023.1;12(2):e16512240048. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40048>

18. Pauletti FA. Percepção do impacto da fisioterapia junto a equipe multiprofissional nos atendimentos domiciliares aos pacientes acamados. Foz do Iguaçu. Residência Multiprofissional em Saúde do Instituto Latino – Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Monografia [Especialização em Saúde da Família e comunidade] - Universidade Federal da Integração Latino-Americana; 2023.

19. Santos ART dos, Santos FMK dos, Eichinger FLF, Lima H do N, Soares AV. Barreiras de acesso a reabilitação física pós acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. RSD. 2022; 27;11(4):e4911427224. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27224>

20. Vicentine FB, Ribeiro KSQS, Brito GEG de. Marcos históricos das políticas públicas do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde - o Ponto de vista do fisioterapeuta. 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 Publicações; 2020. p. 20

21. Bôas ML de CV, Shimizu HE. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. Acta Paul Enferm. 2015; 28 (1):32–40. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500007>

22. Almeida ER de, Pereira FW de A, Silva ML da. Prêmio APS Forte no Sistema Único de Saúde-Brasil: principais resultados e lições aprendidas. Saúde Debate. 2022; 46(8):106–17.

23. Ramos-Lima MJM, Brasileiro I de C, de Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. Clinics. 2018;73:e418. doi: 10.6061/clínicas/2017/e418.

24. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL da, Santos ML de M dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. Saúde Debate. 2019; 43(121):592–604. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>

25. Ribeiro CD, Soares MCF, Baisch ALM. Caminhos da atenção em fisioterapia: a inserção na atenção básica. Braz. J. Dev. 2021;7(2):14991–14007. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-224>

26. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Cien Saude Colet. 2010; 15 (1):1009–19. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700007>

27. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. vol. 127, The Brazilian journal of infectious diseases: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases. 2012. 140 p. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700007>.
28. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2006;10(19):61–76. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100005>.
29. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018; 391(10137):2368–83. [http://doi.org.br/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](http://doi.org.br/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
30. De Lima AJ, Lemes NR, De Britto GEG, Goyatá SLT, Da Silva SLA. Resolutividade da fisioterapia na atenção básica à saúde (AB): a percepção de fisioterapeutas. *Cadernos de Edu, Saúde e Fisio*. 2018; 17;4 (8). <https://doi.org/10.18310/2358-8306.v4n8.p14>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para responder o objetivo geral, esta pesquisa percorreu duas trajetórias complementares. Na primeira etapa uma ampla revisão de literatura e consulta à especialistas consolidou os Modelos Teórico, Teórico-Lógico, Matriz Avaliativa e tipologias de atuação fisioterapêutica, com processos detalhados no artigo 1 e 2 desta tese.

Posteriormente, a aplicação da Matriz possibilitou reconhecer o grau de efetividade da atuação fisioterapêutica na AB de seis municípios da macrorregião da Grande Florianópolis com resultados apresentados no artigo 3.

No decorrer desta pesquisa alguns desafios e reflexões ficaram evidentes e merecem ser aqui registrados.

A aplicação do modelo proposto mostrou a necessidade de refinar, em estudos próximos, à questão relacionada ao indicador 2, medida 2- Percepção sobre estruturas e funções do corpo, voltada a usuários restritos ao domicílio.

Isso ocorreu porque a) existem relatos divergentes entre a percepção e a avaliação dos usuários. Embora ele percebe alguma melhora, não reconhece a atenção fisioterapêutica como efetiva se esta não é realizada com atendimentos sistematizados, realizados pelo próprio fisioterapeuta; b) além disso, há que se considerar que a estabilidade do quadro pode ser a melhor resposta em determinados casos, e a questão formulada pode não ser suficiente para dirimir esta questão aos usuários.

Por outro lado, alguns indicadores resistiram bem quando submetidos às tipologias 2 e 3, em que uma parte ou toda a assistência vem de clínicas credenciadas. Em especial, o uso de medicamentos, respondido pelos usuários, e o questionamento sobre educação continuada, respondidos pelos gestores.

Observou-se que aspectos pessoais e ambientais podem impactar na efetividade da atuação fisioterapêutica, e devem ser registrados no campo aberto para observações. Tais situações foram identificadas, especialmente em aspectos de promoção de saúde e qualidade de vida, com relatos de que determinados hábitos estavam relacionados a baixa disponibilidade de eventos e atividades sociais proporcionadas pelo município. Também se observou impacto minimizado nesta dimensão em usuários com transtornos mentais, como depressão, demência, Alzheimer entre outros.

Importante ressaltar que a aplicação da Matriz permite ao avaliador obter um “retrato” de como está atuação fisioterapêutica no município de forma prática, e ao

gestor avaliar os pontos que precisam de ajustes para que a efetividade seja alcançada.

Outro ponto de destaque, é que mesmo com a realidade complexa encontrada na diversidade dos casos, observou-se que a Matriz é sensível aos mais diversos contextos, tornando possível a emissão de juízo de valor nos diversos casos. Possivelmente é de fácil adaptação para outros níveis de complexidade, viabilizando a qualificação da gestão da atuação fisioterapêutica.

Quanto as limitações deste estudo, podemos citar, ter ouvido um número reduzido de especialistas durante a construção do estudo, embora todos tenham experiência e acúmulo científico na área de atenção fisioterapêutica na AB e/ou Avaliação em Saúde. Também pode-se citar como limitação o número de casos envolvidos, envolvendo apenas seis municípios do Sul do Brasil.

Por fim, observou-se que o Modelo Avaliativo e Matriz proposta cumprem ao propósito a que se propõem, que é emitir juízo de valor em relação a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB por meio de medidas suficientes e viáveis, permitindo que os municípios gerenciem os fatores que estão interferindo na efetividade de atuação fisioterapêutica de forma prática e eficaz. Para isso, cada município participante desta pesquisa receberá uma devolutiva individual da pesquisadora.

Considera-se finalmente que este estudo representa um marco para o âmbito da atenção fisioterapêutica na AB, por tratar-se da primeira pesquisa avaliativa que contempla a efetividade. Como sugestões de desdobramento dessa pesquisa, a realização de estudos relacionados ao acesso de usuários restritos ao domicílio a fisioterapia é necessária, visando identificar as barreiras de acesso e ampliando sua efetividade. Também se sugere que, com o novo incentivo federal para a consolidação das equipes multiprofissionais na AB, se desenvolvam estudos sobre os caminhos da atenção fisioterapêutica, caracterizando a atenção em todo estado e avaliando sua efetividade em suas múltiplas formas de atenção.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, nº 8, p. 1727–1742, Ago/2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 07 jan. 2021.
- ALVES, Manoela Jorge Coelho. **Análise do cenário de implantação do programa de valorização do profissional da atenção básica - PROVAB - no Rio Grande do Sul**. 2017. Dissertação (Mestrado profissional em Mestrado em Avaliação em Tecnologias em Saúde) – Programa de Pós graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
- ALVES, Nágila Silva. *et al.* Perspectivas sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção básica: uma revisão integrativa. **Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 12, nº 1, p. 1–6, 6 abr. 2020. Disponível em: <http://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=410>. Acesso em: 6 dez. 2021.
- AQUINO, Cecília Ferreira de. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, nº 2, p. 271–279, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsa-lud.org/portal/resource/pt/lil-543482>. Acesso em: 3 mar. 2020.
- BABATUNDE, Opeyemi O. *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**, Birmingham, v. 15, nº 7 July, p. 1–29, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- BARBOSA, Erika Guerrieri; FERREIRA, Dircilene Leite Santos; FURBINO, Sheila Aparecida Ribeiro. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, nº 2, p. 323–330, jun. 2010. Acesso em: 5 fev. 2020.
- BASTIAENS, Ferdinand; BARTEN, Di-Janne; VEENHOF, Cindy. Identifying goals, roles and tasks of extended scope physiotherapy in Dutch primary care- an exploratory, qualitative multi-step study. **BMC health services research**, London, v. 21, nº1, p. 19, jan. 2021. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05986-w>. Acesso em: 1 mar. 2022.
- BISHOP, Annette. *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**, London, v. 7, nº 3, p. e012987, mar. 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e012987>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, nº 1, p. 1627–1636, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700074&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 set. 2022.

BORNHÖFT, Lena. *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 musculoskeletal disorders**, v. 20, nº 1, p. 186, maio 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31043169/>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira. **L'évaluation : concepts et méthodes**. Montreal: Presses de l'Université de Montréal, 2011.

BRASIL. **Decreto-lei 938 de 13 de outubro de 1969**. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União - Seção 1 de 14/10/1969, 1969. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-938-13-outubro-1969-375357-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 ago. 2021.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União 4 mar 2002. Seção 1. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em 15 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da família – NASF. Brasília, DF: Presidência da República, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 7 maio 2021.

BRASIL. **Cadernos de atenção básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF: Presidência da República, 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTlwMw==>

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso: 29 set. 2021

BRASIL. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 7 jan. 2021

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 7 jan. 2021.

BRASIL. **Portaria n.2979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Presidência da República. 2019a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2019/prt_2979_12_11_2019.pdf/view Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. **Portaria n.2698, de 14 de outubro de 2019.** Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipe de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF: Presidência da República. 2019b. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-2-698/> Acesso em: 11 jul. 2022.

BRASIL. **Nota Técnica Nº 3/2020-Desf / Saps / Ms.** Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021.** Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/3752/lei-n-14.231>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento com águas termais no SUS é uma realidade em Santa Catarina.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/14956>

BRASIL. **Portaria n.635 de 22 de maio de 2023.** Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação custeio e desempenho para equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-%0A484773799>. Acesso em: 21 maio 2023.

BUCH, Franciane Wessner Padilha. **Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CALVO, Maria Cristina Marino; HENRIQUE, Flávia. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. *In*: LACERDA, Josimari Telino; TRAEBERT, Jeferson Luiz (orgs.). **A Odontologia e a estratégia saúde da família.** 1º ed. Tubarão: Unisul, 2006. p. 115–139.

CAMPAGNA-WILSON, Lucie. *et al.* Improving the referral process for orthopedic services: Results of the rehabilitation medicine access program (orthopedics). **Journal of Military, Veteran and Family Health**, Ontário - Canadá, v. 7, nº 3, p. 20–32, 1 out. 2021. Disponível em: <https://jmvfh.utpjournals.press/doi/10.3138/jmvfh-2021-0036>. Acesso em: 4 fev. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; GUERRERO, André Vinicius Pires; CUNHA, Gustavo Tenório. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. *In*: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Guerrero, André Vinicius Pires. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p. 132–153. Acesso em: 4 maio 2020.

CASTRO, Marcia C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, nº 10195, p. 345–356, jul. 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619312437>. Acesso em: 1 maio 2020.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth; VIECILI, Paulo Ricardo Nazário. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: Um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, nº 4, p. 968–977, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbe-pid/a/m5DmjwxQpJwCwbDVWDpGd6P/?lang=en>. Acesso em: 1 maio 2020.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, nº 8, p. 1–14, 20 ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800501&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 ago. 2020.

CHAMPAGNE, François. *et al.* A avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. *In*: BROUSSELLE, Astrid, CHAMPAGNE, François, CONTANDRIOPOULOS, André Pierre, HARTZ, Zulmira (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: 2011. p. 291.

COFFITO. **Resolução COFFITO nº. 363, de 20 de maio de 2009**. Reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Brasília, DF: Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3126>. Acesso em: 15 maio 2020.

COFFITO. **Resolução no 80 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília, DF. 1987. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1007 &psecao=9. Acesso em: 21 fev. 2020.

COLUSSI, Claudia Flemming. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. Tese (Doutorado em Odontologia) – Programa de Pós Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/94452>. Acesso em: 1 mar. 2020.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, nº 9, p.

1731–1745, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900007&lng=pt&tng=pt. Acesso em: 3 abr. 2020.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre.; CHAMPAGNE, François.; DENIS, Jean Louis; AVARGUES, M. C. L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes. **Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique**, v. 48, n° 6, p. 517–539, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; FRANÇOIS, Champagne; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29–47.

CRUZ, Angélica Pereira da. *et al.* Fisioterapia nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: uma revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 19, n° 69, p. 135–149, jul. 2021. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7875. Acesso em: 7 set. 2021.

DA CUNHA, Carlo Roberto Hackmann. *et al.* Carteira de serviços da atenção primária à saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n° 4, p. 1313–1326, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/htnJGKWddBNkc6rjgyZLGKG/?lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2021.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas públicas de saúde no Brasil. *In*: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; ROS, Marco Da (orgs.). **Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 44–66.

DANIELSSON, Louise; KIHLMOM, Birgitta; ROSBERG, Susanne. Crawling Out of the Cocoon: Patients' Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression. **Physical Therapy**, v. 96, n° 8, p. 1241–1250, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/ptj/article/96/8/1241/2864887>. Acesso em: 14 fev. 2022.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.

DAVID, Maria Laura Oliveira. *et al.* Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 37, n° 96, p. 120–129, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100014&lng=pt&tng=pt.

DAVOK, Delsi Fries. **Modelo de Meta-avaliação de processos de avaliação da qualidade de cursos de graduação**. 2006. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

DE CARVALHO, Marselle Nobre. *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na atenção básica de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, nº 1, p. 295–302, jan. 2018. DOI 10.1590/1413-81232018231.08702015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DJFdsSxtpnwZwT7SHvNQnzR/?lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2021.

DE OLIVEIRA BRASIL, Ana Cristhina. *et al.* O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, nº 1, p. 3–6, jan. 2005. Disponível em: <https://www.re-dalyc.org/pdf/408/40818102>. Acesso em: 11 dez. 2020.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, nº 1, p. 103–107, jan. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 jan. 2020.

DIAS, Claudia Silva; CAMELIER, Fernanda Warken Rosa; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Recomendações Para a Atuação Dos Fisioterapeutas No Âmbito Da Atenção Primária À Saúde (Aps) De Pacientes Suspeitos Ou Diagnosticados Com Covid-19. **Comunicação Oficial – Assobrafir Covid-19**, 2020. Disponível em: https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ASSOBRAFIR_COVID-19_APS_2020.06.01.pdf Acesso em: 31 fev 2020.

DONABEDIAN, Avedis. The Seven Pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115–1118, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>. Acesso em: 31 jan. 2021

FACCHINI, Luiz Augusto. *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, nº suppl 1, p. s159–s172, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 maio 2022.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; GIOVANELLA, Ligia. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. p. 288–309.

FERRER, Michele Lacerda Pereira. *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. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 22, nº 3, p.

223–230, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/yMYfWhGG-PfPGCs6SXcKSCVd/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 29 fev. 2020.

FIGUEIREDO, Elyonara Mello de *.et al.* Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, nº 2, p. 103–108, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502012000200003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 fev. 2020.

FIGUEIREDO, Eduardo Augusto Barbosa *.et al.* Atuação do Fisioterapeuta na saúde primária no enfrentamento da COVID 19: relato de experiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 34, p. 1–10, fev. 2021. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11164>. Acesso em: 29 fev. 2020.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia Figueiró, Frias, Paulo Germano, NAVARRO, Leila Monteiro. Avaliação em Saúde: Conceitos básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, Isabella. *et al.* **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FILHO DIBAI, Almir Vieira; CHAVES AVEIRO, Mariana. Atuação dos Fisioterapeutas dos Núcleos Município de Arapiraca-AL, Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, nº 4, p. 397–404, 2012. Acesso em: 29 fev. 2020.

FONSECA, Marques Abreu da *.et al.* A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 29, nº 2, p. 288–294, 30 jun. 2016b. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4593>. Acesso em: 1 fev. 2021.

FORMIGA, Nicéia Fernandes; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, nº 2, p. 113–122, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10639>. Acesso em: 3 fev 2020.

FRIEDRICH, Thaís Lopes *.et al.* Motivações para práticas coletivas na atenção básica: Percepção de usuários e profissionais. **Interface: Comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 22, nº 65, p. 373–385, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0833>. Acesso em: 3 abr. 2022.

GARDNER, Tania *.et al.* Patient-led Goal Setting. **Spine**, Canary Wharf, v. 41, nº 18, p. 1405–1413, 15 set. 2016. Disponível em: <https://journals.lww.com/00007632-201609150-00002>. Acesso em: 1 fev. 2022.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, nº 5, p. 951–963, maio 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 fev. 2022.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, nº 8, p. 1–5, 20 ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 maio 2022.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados? **CEBES**, p. 1–96, 2012.

GOMES, Karine de Oliveira. *et al.* Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, nº suppl 1, p. 881–892, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 junho 2022.

GOODWIN, R W; HENDRICK, P A. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? **Primary Health Care Research and Development**. v. 17, nº 5, p. 489–502, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423616000189>. Acesso em: 3 junho 2022.

GRANIÇO, Andréa Serra. *et al.* A Fisioterapia como instrumento modificador nos hábitos de vida diária de uma população desfavorecida da região serrana/RJ. 2018. **Relatos de Experiência - Eixo I Atenção Integral à Saúde [...]**. Porto Alegre: Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2022>. Acesso em: 3 junho 2022.

GUBA, Egon G; LINCOLN, Yonna S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas -SP: Unicamp, 2011.

GUBA, Egon G; LINCOLN, Yvonna S. **Fourth Generation Evaluation**. Beverly Hills: Sage: 1990.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; FERRINHO, Paulo de Lyz Girou Martins. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. **A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento**. Editora Gr. Portugal: [s. n.], 2011. p. 58–79. Disponível em: <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/avaliacao-de-desempenho-dos-sistemas-de-saude-um-contributo-para->. Acesso em: 3 junho 2022.

HO-HENRIKSSON, Chan-Mei. *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 musculoskeletal disorders**, Reino Unido, v. 23, nº 1, p. 260, mar. 2022. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-022-05201-3>. Acesso em: 7 set. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 31 jan. 2023.

KOVALESKI, Douglas Francisco. **A relevância como critério de avaliação da gestão em saúde**. Florianópolis: CRV, 2018.

KOVALESKI, Douglas Francisco. *et al.* Contribuições de Benno Sander para a Avaliação da Gestão em Saúde. **Revista de Enfermagem Frederico Westphalen**, Itapajé, v. 6–7, nº 6–7, p. 31–46, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/96662905-Contribuicoes-de-benno-sander-para-a-avaliacao-da-gestao-em-saude.html>. Acesso em: 1 mar. 2021.

LANGONI, Chandra da Silveira; VALMORBIDA, Luiza Armani; RESENDE, Thais de Lima. A Introdução de atendimentos por fisioterapeutas em unidades de Atenção Primária em Saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 25, nº 3, p. 261–270, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40823864003.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, nº 4, p. 867–874, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 jun. 2020.

LEITE, Jéssyca A. *et al.* Efetividade dos princípios do sistema único de saúde na Atenção Primária à Saúde: Revisão Sistemática. **Revista de APS**, v. 21, nº 2, p. 278–290, abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16250>. Acesso em: 1 mar. 2020.

LOURES, Lilianny Fontes; SILVA, Maria Cecília de Souza. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, nº 4, p. 2155–2164, jul. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400029&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 maio 2022.

MAEYAMA, Marcos Aurélio. *et al.* Saúde do Idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, nº 8, p. 55018–55036, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/index.php/BRJD/article/view/14488>. Acesso em: 4 junho 2022.

MARQUES, Amélia Pasqual; SANCHES, Eugênio Lopes. Origem e evolução da Fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 1, nº 1, p. 5–10, 1994. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/75027>. Acesso em: 4 junho 2022.

MASELLI, Filippo. *et al.* Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, Suíça, v. 19, nº 1, p. 555, 4 jan. 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/555>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MASSUDA, Adriano. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, nº 4, p. e000829, 3 jul. 2018. Disponível

em: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2018-000829>. Acesso em: 10 jan 2022.

MATA, Matheus de Sousa. *et al.* Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, nº 1, p. 221–230, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100025&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 jan 2022.

MATUDA, Caroline Guinoza; AGUIAR, Dulce Maria de Lucena; FRAZÃO, Paulo. Co-operação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, nº 1, p. 173–186, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 jun. 2020.

MEDEIROS, Paulo Adão de; PIVETTA, Hedioneia Maria Foletto; MAYER, Margarida da Silva. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, nº 3, p. 407–426, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 maio 2022.

MEDEIROS, Gabriella de Almeida Raschke. Avaliação da Qualidade dos Serviços Públicos de Fisioterapia no Estado de Santa Catarina. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MEERHOFF, Guss A. *et al.*; Exploring the perspective of patients with musculoskeletal health problems in primary care on the use of patient-reported outcome measures to stimulate quality improvement in physiotherapist practice; a qualitative study. **Physiotherapy Theory and Practice**. v. 37, nº 9, p. 993–1004, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09593985.2019.1678205>. Acesso em: 24 maio 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, v. 2, nº 2, p. 02–11, 2011. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saude-transformacao/article/view/652>. Acesso em: 24 maio 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de. **Fisioterapia na atenção básica: uma proposta de apoio**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MOREIRA, Tadiana Maria Alves. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde

Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MURAKAMI, Manami Niho; DE ARAÚJO, Fernanda Junges; MARQUES, Carla Pintas. A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**, São Carlos, v. 8, nº 2, p. 12232–12251, 16 fev. 2022. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/44183>. Acesso em: 1 fev. 2022.

NASCIMENTO, Ângelo Augusto Paula *et al.* Prática fisioterapêutica na Atenção Primária à saúde. In: SCHMITT, Ana Carolina Basso. *Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde*. 1 Ed. – Rio de Janeiro – RJ: Thieme Revinter Publicações, 2020.

NAPIER, Christopher; MCCORMACK, Robert G; HUNT, Michael A; BROOKS-HILL, Alexandra. A physiotherapy triage service for orthopaedic surgery: an effective strategy for reducing wait times. **Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada**, v. 65, nº 4, p. 358–363, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3138/ptc.2012-53>. Acesso em: 1 fev. 2020.

NENOVA, Gergana; MANCHEVA, Paraskeva; KOSTADINOVA, Todorka. Satisfaction of patients with arthrosis from multidisciplinary cooperation. **Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)**, Nenova, v. 22, nº 4, p. 1338–1343, 2016. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L613139946&from=export>. Acesso em: 1 jun. 2020.

NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. **Avaliação da Gestão da Atenção Básica em Santa Catarina**. Apresenta o projeto e permite que os municípios tenham acesso aos formulários e relatórios da avaliação. Disponível em: Acesso em: 18 outubro 2009.

NICKEL, Daniela Alba. **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 10 abr. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51945>. Acesso em: 2 maio 2022.

NORDI, Aline Barreto de Almeida; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Ampliando a Família Da Saúde: Ações De Fisioterapia Na Atenção Primária. **Cadernos De Educação, Saúde E Fisioterapia**, v. 7, nº 13, p. 1–16, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2451>. Acesso em: 2 maio 2022.

OMS. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Universidade de São Paulo; 2003.

OMS. World Health Organization. Severe acute respiratory syndrome (SARS). 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1. Acesso em: 30 maio 2020.

ØSTERÅS, Nina; BLAKER. *et al.* Improving osteoarthritis management in primary healthcare: results from a quasi-experimental study. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 22, nº 1, p. 79, jan. 2021. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-021-03959-6>. Acesso em: 20 maio 2020.

OLIVEIRA, Andréa costa de *et al.* Uso da Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde nas práticas de Ensino na comunidade. In: SCHMITT, Ana Carolina Basso. *Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde*. 1 Ed. – Rio de Janeiro – RJ: Thieme Revinter Publicações, 2020.

PAIM, Jairnilson; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil**, p. 11–31, 2011. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39645/Sistema%20de%20sa%c3%bade_Celia%20Almeida_2011.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 20 maio 2020.

PAULINO, Keytli Cardoso. *et al.* Reflexões Sobre O Novo Financiamento Da Atenção Básica e as Práticas Multiprofissionais. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, nº 1, p. 5362–5372, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/index.php/BRJD/article/view/23172/18614>. Acesso em: 20 maio 2020.

PEREIRA, Rodrigues. *et al.* Condições sensíveis à atenção primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 38, nº especial, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/s3YtZDf-gGf45B5nmFzrdFfd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2020.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, nº 6, p. 1903–1914, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2020.

PINTO, Luiz Felipe; SILVA, Vinicius Siqueira Tavares Meira. Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, nº 2, p. 651–656, fev. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000200651&tlng=pt. Acesso em: 30 maio 2020.

PISCITELLI, D. *et al.* Direct access in physical therapy: a systematic review. **La Clinica terapeutica**, Italy, v. 169, nº 5, p. e249–e260, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30393813/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

PORTES, Leonardo Henriques. *et al.* Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Revista APS**, v. 14, nº 1, p. 111–119,

2011. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14645/7847>. Acesso em: 20 mar. 2021.

REBELATTO, José Rubens. Fisioterapia cotidiana: ações profissionais e decorrências para a população. **Revista de fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v. 5, nº 1, p. 1–3, jan. 1988. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/76855>. Acesso em: 20 mar. 2021.

RIBEIRO, Cristina Dutra; SOARES, Maria Cristina Flores; BAISCH, Ana Luiza Mucillo. Caminhos da atenção em fisioterapia: a inserção na atenção básica. **Brazilian Journal of Development**, São Carlos, v. 7, nº 2, p. 14991–14007, 1 jan. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24585/19644>. Acesso em: 29 jun. 2022.

RIBEIRO, Cristina; SOARES, Maria. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 36, p. 117–123, 1 ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n2/117-123>. Acesso em: 29 jun. 2022.

RITCHIE, Jane; SPENCER, Liz. Qualitative data analysis for applied policy research. In: ROUTLEDGE LTD (org.). **Analyzing qualitative data**. Abingdon, UK: Taylor & Francis, 2002. p. 173–194. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203413081>. Acesso em: 29 jun. 2022.

ROCHA, Eucenir Fredini; KRETZER, Márcia Regina. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, nº 1, 1 abr. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14057>. Acesso em: 29 jun. 2022.

RODRIGUES, José *et al.* Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 20, nº 4, p. 352–365, 2015. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/06/286/03-rodriques.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020.

SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SAMSSON, Karin S; BERNHARDSSON, Susanne; LARSSON, Maria E H. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: a randomised controlled trial. **BMC musculoskeletal disorders**, Gothenburg, v. 17, p. 257, jun. 2016. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-016-1112-x>. Acesso em: 1 mar. 2022.

SANDER, Benno. A administração da educação como processo mediador. **Revista Brasileira de Administração da Educação**, v. 2, nº 1, p. 38–62, jun. 1984.

SANDER, Benno. **Administração da Educação no Brasil: evolução do conhecimento**. ANPAE/Edições UFC, 1981.

SANDER, Benno. Consenso e conflito na administração da educação. **Revista Brasileira de Administração da Educação (RBAE)**, v. 1, nº 1, p. 12–34, jun. 1983.

SANDER, Benno. **Educación, administración y calidad de vida**. Buenos Aires - Santillana:1990.

SANDER, Benno. **Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento**. Campinas -SP: Autores associados, 1995.

SANDER, Benno. Uma introdução à história da ANPAE como sociedade civil no campo da educação*. 2007. **A genealogia do conhecimento na administração da educação no Brasil e o papel da Anpae como entidade da sociedade civil. SIMPÓSIO Brasileiro de Política e Administração da Educação [...]**. Niterói: Série Cadernos ANPAE, 2007. p. 10. Disponível em: <https://www.anpae.org.br/website/estudos-e-ensaios/28-a-historia-da-anpae-como-sociedade-civil-no-campo-da-educacao-uma-introducao>.

SARTI, Thiago Dias. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, maio 2020. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 1 jun. 2020.

SAÚDE, SECRETARIA DA. Setor de fisioterapia reduz fila de espera em Palhoça. Palhoça, 2019. Disponível em: <https://www.correiosc.com.br/setor-de-fisioterapia-reduz-fila-de-espera-em-palhoca/>.

SCARATTI, Dirceu. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses**.

2007. 315 f. Tese – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90541/247492.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1 jun. 2020.

SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina Marino. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, nº 3, p. 446–455, jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/73qYp8Tbjv5H4W6QYF5v6nS/?lang=pt>. Acesso em: 1 fev. 2022.

SCRIVEN, Michael. Evaluation Thesaurus Fourth edition. **Thesaurus de Avaliação**, p. 391, fev. 1991. Disponível em:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/088616339490071X>. Acesso em: 1 fev. 2022.

SCRIVEN, Michael. Scholarship at UWindsor The Logic of Evaluation The Logic of Evaluation., p. 1–16, 2007. Disponível em: <http://scholar.uwindsor.ca/ossaarchive%5Cnhttp://scholar.uwindsor.ca/ossaarchive/OSSA7/papersandcommentaries/138>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SILVA PAIM, Jairnilson. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, nº 81, p. 27–37, 9 jun. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341772004>. Acesso em: 14 mar. 2020.

SILVA, Tatiane Bahia do Vale; SOARES, Soanne Chyara; NASCIMENTO, Lira Rodolfo Gomes. **Caminhos para a formação de fisioterapeutas em APS – uma experiência na região norte**. In: Tatiane Bahia do Vale Silva ▪ Soanne Chyara Soares Lira Rodolfo Gomes do Nascimento, Flávia Rúpolo Berach, Paulo Henrique dos Santos Mota, Paulo Henrique dos Santos Mota. *Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde Desafios para a Formação e Atuação Profissional*. 2020.

SIMONI, Daniela Espíndola. *et al.* A formação educacional em fisioterapia no Brasil: fragmentos históricos e perspectivas atuais. **História da enfermagem: Revista eletrônica**., Brasília, v. 6, nº 1, p. 10–20, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1029011>. Acesso em: 14 mar. 2020.

SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes de; SILVA, Lígia Maria Vieira da; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira (orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65–102.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp – Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: TANAKA, Oswaldo Yoshimi, RIBEIRO, Edith Lauridsen, ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli (org.). **Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções**. 1º ed. São Paulo: Atheneu, 2017. v. 1, p. 225.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, nº 2, p. 477–486, abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2020.

TRELHA, Celita Salmaso. *et al.* O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). **Espaço saúde (Online)**, v. 8, nº 2, p. 20–25, 2007. Disponível

em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n2/Art3_v8n2_.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, nº 6, p. 1561–1569, dez. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2020.

UCHÔA, Severina Alice da Costa. *et al.* Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 42, nº spe1, p. 100–113, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500100&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 mar. 2020.

VICENTINE, Fernanda Bergamini; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de. Marcos Históricos das políticas públicas do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde - o ponto de vista do Fisioterapeuta. *In*: BASSO SCHMITT, Ana Carolina; BERACH, Flávia Rúpolo; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; AGUIAR, Ricardo Goes de (orgs.). **Fisioterapia e Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2020. v. 1, p. 3–20.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3º ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A - MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA FISIOTERAPEUTAS DA AB



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Discente: Joyce Ribeiro Rothstein

Objetivo da entrevista:

Conhecer, na perspectiva do entrevistado sua vivência em relação a prática fisioterapêutica na Atenção Básica (AB), as potencialidades e desafios vivenciados, bem como, levantar indicadores de efetividade de tal atuação.

Característica dos entrevistados:

Fisioterapeutas, *Experts* na área de Avaliação e ou Saúde Coletiva, com doutorado concluído ou em fase final.

A entrevista:

A entrevista é composta por 4 questões abertas, constando de perguntas de abertura, perguntas de desenvolvimento (que envolverão questões mais complexas) e fechamento.

Roteiro de entrevista

Pergunta 01- Objetivo: Identificar a percepção do participante em relação a prática Fisioterapêutica na AB

Pergunta: Gostaria que você me falasse de sua experiência em relação a atuação fisioterapêutica na atenção básica à saúde (AB).

Pergunta de segmento: Poderia citar, quais seriam os aspectos positivos de tal prática que mais lhe chamaram a atenção?

Ao conversar com Fisioterapeutas, além de pontos fortes e aspectos positivos observamos que alguns também enfrentam barreiras e dificuldades em seu dia a dia.

Pergunta de segmento: A partir de sua experiência, quais as dificuldades que enfrentou?

Pergunta 02- Objetivo: Identificar a percepção do participante em relação a demandas de pesquisas avaliativas relacionadas ao tema Fisioterapia na AB.

Considerando que a contratação de fisioterapeutas para atuar na atenção básica à saúde tem crescido nos últimos anos e que a AB é responsável por atender mais de 70% das demandas de saúde, vamos imaginar que o Ministério da saúde tenha encomendado uma pesquisa avaliativa envolvendo essa temática.

Pergunta: Que aspectos/ pontos de avaliação você consideraria como prioritários?

Pergunta de segmento: E como seria possível avaliar tal questão do seu ponto de vista?

Pergunta 03-Objetivo: Identificar indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica na AB.

Considerando a experiência que você me relatou...

Pergunta: Na sua percepção, quais indicadores estão relacionados a uma atuação fisioterapêutica efetiva?

Pergunta 04- Objetivo: Identificar o grau de importância dos indicadores de efetividade citados anteriormente.

Desses indicadores que você citou

Pergunta: Considerando sua vivência, se precisássemos classifica-los como prioritários em termos de efetividade, teria algum/alguns que consideraria de maior prioridade?

Outros: Espaço para registro do entrevistador:

Pergunta final: Além das questões colocadas anteriormente, tem mais alguma coisa que você gostaria de me colocar/falar?

Dados de identificação registrados pelo avaliados:

- Quanto tempo participante atua ou atuou na prática Fisioterapêutica na AB.

- Em qual função?

APÊNDICE B - MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS GESTORES DA AB

1 – O Município possui fisioterapeuta na equipe multiprofissional/multidisciplinar, anteriormente denominada de NASF-AB?

Se sim, especifique como é o processo de trabalho do fisioterapeuta?

Se não, como o município atende as demandas de fisioterapia da AB?

APÊNDICE C - RATIONALES

Constituição Federal e Lei 8080/1990

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, apresentando os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, bem como, a função dos entes federativos, União, Estados e Municípios (BRASIL, 1990).

Segundo o Art. 5º. da Constituição Federal, são objetivos do Sistema Único de Saúde à assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Tais ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, segundo o Art. 7º são desenvolvidos obedecendo os princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990).

Política Nacional da Atenção Básica

A 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 AB, na Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2017).

No Art, 3º. apresenta os princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na AB sendo os princípios: universalidade, equidade e integralidade. As diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado,

coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. O Art. 4º. apresenta que a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária de expansão e consolidação e o Art. 5º, contempla que: “ A integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, nas perspectiva da intra e intersectorialidade” (BRASIL, 2017).

Atenção Básica

Ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde caracterizam a AB. Práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, contemplando o trabalho e equipe e dirigidas a população de territórios delimitados consideram a dinamicidade da população envolvida (DA CUNHA *et al.*, 2020; LAVRAS, 2011; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, é contato preferencial dos usuários e considera os sujeitos em sua singularidade e complexidade (LAVRAS, 2011).

Ministério da Saúde: Nota Técnica no. 3 /2020

A Nota Técnica n. 3/2020, trata do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil e altera questões relacionadas a vinculação de profissionais ao NASF-AB (BRASIL, 2020), onde no novo modelo o repasse de recursos aos municípios será considerando o número de usuários cadastrados nas equipes e o desempenho das unidades (BRASIL, 2020) causando impactando em toda à estratégia do NASF e toda a lógica do apoio matricial visto que o NASF foi excluído dos programas que teriam custeio garantido pela Portaria nº 2979 (PAULINO *et al.*, 2021).

Com essa medida, considera-se que a atuação fisioterapêutica na AB pode ocorrer por meio do vínculo com NASF-AB nas unidades básicas que continuam mantendo o modelo mesmo com as mudanças em financiamento ou pode ocorrer através da atuação de serviços terceirizados de Fisioterapia. Cabe ressaltar que após

a Nota Técnica nº. 3/2020 os municípios que mantêm a estrutura NASF-AB passaram a denominá-lo de equipe multidisciplinar.

Contexto Histórico Social Político e econômico

A pandemia da COVID-19 fez com que os serviços de saúde fossem impelidos a buscar novas estratégias para enfrentar uma doença de alta transmissibilidade, trazendo uma nova realidade sanitária para o Brasil e o mundo (MURAKAMI; DE ARAÚJO; MARQUES, 2022). Assim, o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (NILSON *et al.*, 2020), associadas às consequências oriundas da pandemia do novo coronavírus, muitas destas ainda desconhecidas (SARSCoV-2) (SARTI *et al.*, 2020), somam-se à crise econômica que assola o país e impacta nos determinantes sociais de saúde (CECILIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018), exigindo maior vigilância em relação aos cuidados integrais e longitudinais a população.

Atenção Fisioterapêutica

Segundo a Resolução nº.80/87 do COFFITO, “a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função” (COFFITO, 1987). Além disso, a atuação Fisioterapêutica em Saúde Coletiva tendo como principal atribuição a área da educação em saúde, prevenção de doenças e assistência coletiva, também é prevista pelo COFFITO fundamentada nos Decreto-Lei nº 938/69, Lei nº 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto nº 90.640/84 e Lei nº 8.856/94. A resolução nº 363/2009 reconhece a especialidade da Fisioterapia em Saúde Coletiva e dá providências (COFFITO, 2009).

As ações do Fisioterapeuta na AB contemplam todas as fases do ciclo da vida (ALVES *et al.*, 2020; NORDI; ACIOLE, 2020) e contempla atendimentos individuais e coletivos em diversos ambientes, tais como unidades básicas de saúde, escolas, igrejas, praças, domicílios visando uma perspectiva interdisciplinar (LOURES; SILVA, 2010; NORDI; ACIOLE, 2020).

A contribuição das ações do Fisioterapeuta é imperativa no âmbito da saúde coletiva onde viabiliza maior poder de decisão quando junto a outros profissionais, contribui para a criação de pontos de interseção no sistema e facilita a inserção e adoção de práticas de saúde com um olhar integral. Para isso, integrada a equipe, planejamento, implementação, execução, controle de políticas e programas, educação continuada e pesquisas em saúde pública bem como assistência em todas as fases do ciclo de vida fazem parte de sua atuação (BARBOSA *et al.*, 2010).

Efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica

O conceito de efetividade adotado nesta tese é o conceito de Scaratti (2007) adaptado por Kovaleski *et al.* (2011). Segundo Kovaleski efetividade ultrapassa aspectos técnicos e sanitários, para incluir aspectos políticos relacionados às expectativas individuais e coletivas em relação à saúde. Assim, a efetividade da atuação fisioterapêutica na AB se caracteriza pelo alcance dos objetivos descritos na literatura especializada sobre Fisioterapia na AB e que repercutem ao atendimento das expectativas individuais e coletivas relacionadas à saúde, sendo a assistência fisioterapêutica contemplando ações assistenciais, aspectos gerenciais e ações pedagógicas, transformando o contexto onde o profissional está presente e promovendo uma melhor assistência à saúde.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA



Elaborado por:
Discente: Joyce Ribeiro Rothstein
Orientador: Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas
Versão n. 4/ março / 2022

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIOS, GESTORES E PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo *Avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica à Saúde (ABS)*, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas conduzido pela discente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Joyce Ribeiro Rothstein. Esta pesquisa tem como *objetivo avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica à saúde no Estado de Santa Catarina.*

Este estudo *se justifica pelo fato de a avaliação contribuir para o suporte, planejamento e processo decisório, contribuindo para a melhoria de serviços de fisioterapia na ABS.* Sua contribuição poderá identificar pontos onde há a necessidade de consolidação e melhorias no serviço avaliado.

Sua participação neste estudo *é voluntária e se dará por meio de entrevistas que terão duração de aproximadamente 40 minutos.* As entrevistas foram adaptadas de entrevistas formuladas e validadas com especialistas na área de avaliação no ano de 2019 e testadas previamente, no entanto, mesmo com todo o cuidado do pesquisador na condução *há o risco de sentir-se desmotivado, cansado e desconfortável durante algum momento. A fim de reduzir os riscos, você pode solicitar pausas a qualquer momento, bem como poderá solicitar a interrupção completa se necessário. Se você permitir, as entrevistas serão gravadas (gravação de áudio) e transcritas pelo pesquisador, sendo que você pode não autorizar este registro e pode, a qualquer momento, retirar a autorização previamente dada.* Ressaltamos que o seu anonimato será mantido em sigilo durante todo o estudo e após a conclusão do mesmo. As entrevistas serão mantidas em sigilo sendo ouvidas e transcritas apenas pelo pesquisador, portanto, nenhuma outra pessoa terá acesso.

As questões abordadas irão contemplar apenas conteúdos relacionados as suas expectativas em relação ao serviço prestado na ABS, não haverá questionamento de nenhum dado ou questão pessoal e *ressaltamos que garantimos o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer, garantindo a não utilização das informações obtidas para prejuízo de pessoas e/ou comunidades nos mais diversos aspectos.*

As entrevistas serão realizadas através da plataforma *Meeting* devido a pandemia de SARS-COV-2. Você receberá um link exclusivo para sua entrevista, tendo acesso a esse link apenas você e o pesquisador. *O pesquisador responsabiliza-se por conhecer a política de privacidade da ferramenta utilizada para a coleta de dados visando assegurar aspectos éticos.*

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em congressos e revistas científicas, mas sua identidade não será divulgada, sendo mantido o sigilo.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. No entanto, *ressalta-se que você tem o direito de indenização por danos comprovadamente decorrentes da pesquisa e você tem direito a ressarcimento se ocorrer alguma despesa decorrente de sua*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA



participação no projeto, porém, todo o processo de coleta de dados foi planejado a fim de minimizar todos os riscos possíveis também em relação a esse aspecto. É garantido todo acompanhamento direto e assistência imediata ao longo de toda a pesquisa sobre responsabilidade do autor da pesquisa, a fim de evitar ou reduzir condições adversas que possam causar dano material ou imaterial.

Mesmo após consentir sua participação se o Sr (a) desistir de continuar participando, *tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa*, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Declara-se que serão cumpridos os termos da resolução 466/12 (item IV.5.a da res. 466/12).

Para qualquer outra informação ou esclarecimento, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o(as) pesquisador(as), Joyce Ribeiro Rothstein, pelo telefone 48-999145828 ou no e-mail: joycefisio@gmail.com ou com o pesquisador responsável pelo projeto Dr. Sergio Freitas, pelo telefone (48) 3721-6359 ou no e-mail: sergio.freitas@ufsc.com.br.

Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa Prédio Reitoria IIR: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas e assinadas.

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso desistir quando quiser, sem qualquer explicação. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Eu autorizo (), não autorizo () por meio deste termo, os pesquisadores a realizar a gravação de minha entrevista. Observação.: assinalar a opção desejada.

Nós sugerimos que armazene cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Ressaltamos que este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas e assinadas e que sempre que desejar, você poderá entrar em contato para obter informações sobre este projeto de pesquisa, sobre sua participação ou outros assuntos relacionados à pesquisa, com o(a) pesquisador(a) responsável.

Data: ____ / ____ / ____.

 Joyce Ribeiro Rothstein
 Pesquisadora
 CPF: 00457344962

 Sérgio F. Torres de Freitas
 Pesquisador responsável
 CPF: 614828037-04



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Elaborado por:
 Discente: Joyce Ribeiro Rothstein
 Orientador: Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas
 Versão n. 4/ março /2022

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FISIOTERAPEUTAS,
 GESTORES e “EXPERTS”.**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo *Avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica à Saúde (ABS)*, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas, conduzido pela discente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Joyce Ribeiro Rothstein. Esta pesquisa tem como *objetivo avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica à saúde no Estado de Santa Catarina.*

Este estudo se justifica pelo *fato de a avaliação contribuir para o suporte, planejamento e processo decisório, contribuindo para a melhoria de serviços de fisioterapia na ABS. Sua contribuição poderá identificar pontos onde há a necessidade de consolidação e melhorias no serviço avaliado.*

No primeiro momento, você será solicitado (a) a responder uma entrevista, com duração média de 40 minutos. As entrevistas utilizadas foram adaptadas das entrevistas formuladas e validadas com especialistas na área de avaliação no ano de 2019 e testadas previamente. Esta entrevista servirá como base para a construção do modelo teórico-lógico e matriz avaliativa. *Se você permitir, as entrevistas serão gravadas (gravação de áudio) e transcritas pelo pesquisador, sendo que você pode não autorizar este registro e pode, a qualquer momento, retirar a autorização previamente dada. Ressaltamos que o seu anonimato será mantido em sigilo durante todo o estudo e após a conclusão do mesmo. As entrevistas serão mantidas em sigilo sendo ouvidas e transcritas apenas pelo pesquisador, portanto, nenhuma outra pessoa terá acesso. As entrevistas serão realizadas através da plataforma Meeting devido a pandemia de SARS-COV-2, onde você receberá um link exclusivo para sua entrevista, tendo acesso a esse link apenas você e o pesquisador.*

Na condução da entrevista há o risco de sentir-se desmotivado, cansado e desconfortável durante algum momento. *A fim de reduzir os riscos você pode solicitar pausas a qualquer momento, bem como poderá solicitar a interrupção completa se necessário.*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Na segunda etapa, *por e-mail, você irá receber a proposta inicial da matriz avaliativa e será solicitado (a) a manifestar sua concordância ou discordância com a proposta, bem como, será solicitado (a) que atribua, de um a dez pontos, a importância de cada uma das dimensões, subdimensões e cada critério de avaliação, a fim de, sugerir a inclusão ou exclusão de dimensões, subdimensões ou critérios propostos. Você será solicitado (a) a apresentar suas concordâncias (plena, parcial) ou discordância enviando as respostas para o pesquisador em um prazo de 30 dias. Com as respostas em mãos, o pesquisador irá consolidar essas informações preservando o anonimato dos participantes e iniciará a segunda etapa onde todos serão convidados a uma reunião on-line (conferência de consenso) na qual será apresentada a tabela consolidada das repostas e aberto o debate.*

O pesquisador enviará por e-mail o link da conferência de consenso, que terá duração de aproximadamente 2 horas, sendo realizada através da plataforma Meeting devido a pandemia de SARS-COV-2. Na conferência de consenso se busca conciliar a discussão aberta e a preservação do anonimato dentro de uma lógica que seja viável, para isso será organizada da seguinte forma: primeiramente ocorrerá o preenchimento individual de uma matriz por parte dos convidados, após ocorrerá a discussão aberta com os participantes e uma nova resposta individual as questões apresentadas na matriz. Todos os participantes terão oportunidade de expressar suas opiniões e seus argumentos. No final do encontro o pesquisador irá propor a nova matriz incorporando as sugestões dos participantes e você será solicitado (a) a manifestar mais uma vez sua opinião de forma individual preenchendo a nova matriz, podendo manter as respostas iniciais ou modificá-las a partir da consideração dos resultados das discussões. Serão identificados os pontos de maior e menor desacordo e se verificará se houve unanimidade em relação as dimensões. Ao final do encontro o pesquisador terá a matriz avaliativa consolidada após obter o consenso dos participantes.

Nessa etapa, é possível que você se sinta inseguro (a) ou em dúvida quanto ao processo de validação do modelo avaliativo. Para isso manteremos um sistema de acompanhamento e assistência a cada um dos participantes da pesquisa durante a etapa de preenchimento, através dos seguintes e-mails: joycefisio@gmail.com e sergio.freites@ufsc.br.

Também há a possibilidade de você sentir incômodo pela necessidade de dispor de tempo para participar da reunião on-line, sentir-se cansado (a) além de algum constrangimento na emissão de opinião sobre o material analisado frente a outros participantes, no entanto, garanta-se o anonimato em todo o processo individual. Você poderá sentir-se aborrecido (a) ou inseguro (a) na



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



emissão de opinião sobre o material analisado, mas pode contar com suporte e acompanhamento dos pesquisadores, durante e após o encerramento dessa etapa.

Ressalta-se que o pesquisador responsável mediará a conferência de consenso de forma a minimizar qualquer tipo de desconforto, mantendo a condução de um cordial debate entre o grupo, portanto, o risco de qualquer desconforto ou constrangimento é mínimo. Porém, você pode ausentar-se a qualquer momento se achar necessário, bem como pode optar por manter sua câmera fechada durante toda a conferência de consenso. O pesquisador responsabiliza-se por conhecer a política de privacidade da ferramenta utilizada para a coleta de dados visando assegurar aspectos éticos.

Ressaltamos que não haverá veiculação identificadas das falas dos participantes, bem como não haverá veiculação de sua imagem em outros ambientes fora da conferência de consenso, sendo que tal material será utilizado única e exclusivamente pelo pesquisador para coleta de dados.

Garantimos o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer e a privacidade e proteção da sua imagem, garantindo a não utilização das informações obtidas para prejuízo de pessoas e/ou comunidades nos mais diversos aspectos. A qualquer momento, você pode se recusar a participar e se retirar da pesquisa, sem constrangimentos, penalidades ou qualquer prejuízo. Informamos que as informações e materiais obtidos nesta pesquisa não poderão ser utilizados para outras finalidades que não sejam a desta pesquisa científica. Além disso, mesmo após consentir sua participação se o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. *Ressalta-se que você tem o direito de indenização por danos comprovadamente decorrentes da pesquisa e você tem direito a ressarcimento se ocorrer alguma despesa decorrente de sua participação no projeto. Em caso de eventual dano, você tem direito a assistência gratuita, integral e imediata.*

Declara-se que serão cumpridos os termos da resolução 466/12 (item IV.5.a da res. 466/12).

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em congressos e revistas científicas, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação ou esclarecimento, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o(as) pesquisador(as) *Joyce Ribeiro Rothstein*, pelo telefone 48-999145828 ou no e-mail: joycefisio@gmail.com ou com o pesquisador responsável pelo projeto Dr. *Sergio Freitas*, pelo telefone (48) 3721-6359 ou no e-mail: sergio.freitas@ufsc.com.br.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa Prédio Reitoria IIR: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094.e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas e assinadas.

Eu, _____,

fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso desistir quando quiser, sem qualquer explicação. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Eu autorizo (), não autorizo () por meio deste termo, os pesquisadores a realizar a gravação de minha entrevista. Observação: assinalar a opção desejada.

Eu autorizo (), não autorizo () a veiculação da minha imagem durante a realização da conferência de consenso. Observação: assinalar a opção desejada.

Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Sempre que desejar, você poderá entrar em contato para obter informações sobre este projeto de pesquisa, sobre sua participação ou outros assuntos relacionados à pesquisa, com o(a) pesquisador(a) responsável.

Data: ____/____/____.

Joyce Ribeiro Rothstein
 Pesquisadora
 CPF: 00457344962

Sérgio F. Torres de Freitas
 Pesquisador responsável
 CPF: 614828037-04