



FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA





CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 2ª REGIÃO

DIRETORIA CREFITO-2

PRESIDENTE: DR. WILEN HEIL E SILVA

VICE-PRESIDENTE: DR. DIEGO DE FARIA MAGALHÃES TORRES

**DIRETORA-SECRETÁRIA: DRA. DENISE FLÁVIO DE CARVALHO
BOTELHO**

**DIRETOR-TESOUREIRO: DR. LEONARDO LUIZ SIQUEIRA DA
FONSECA**

DIRETOR DE COMUNICAÇÃO: DR. ÁLISSON HYGINO

CONSELHEIROS CREFITO-2

CONSELHEIRA DRA. ANKE BERGMANN

CONSELHEIRO DR. RAPHAEL CAETANO

CONSELHEIRO DR. JOÃO CARLOS MAGALHÃES

CONSELHEIRO DR. CARLOS ROBERTO PEREIRA

CONSELHEIRO DR. RAFAEL FLORIANO

CONSELHEIRA DRA. KARLA LOBO

CONSELHEIRA DRA. SIMONE NASCIMENTO

CONSELHEIRA DRA. ANA CARLA NOGUEIRA

CONSELHEIRO DR. CLAILSON FARIAS

CONSELHEIRO DR. WAGNER BEZERRA

CONSELHEIRO DR. LEANDRO AZEREDO

CONSELHEIRO DR. RUBENS MENDONÇA

CONSELHEIRO DR. LEONARDO OLIVEIRA



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 2ª REGIÃO

RESPONSÁVEIS PELO CONTEÚDO

DRA. DENISE ANJOS DE OLIVEIRA

Coordenadora da CT de Saúde Coletiva

DR. ALISSON HYGINO SILVA

Membro da CT de Saúde Coletiva

DRA. ÍRIS NASCIMENTO DE SOUZA

Membro da CT de Saúde Coletiva

DRA. TAÍSA MAGNO DE FIGUEIREDO

Membro da CT de Saúde Coletiva

DR. VICTOR EMANUEL BARBOSA BACALHAO

Membro da CT de Saúde Coletiva

DR. RENATO SALDANHA FREITAS GARCIA

Membro da CT de Saúde Coletiva

DRA. JULIANA ERTHAL RIBEIRO TAVARES

Membro da CT de Saúde Coletiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..	2
INTRODUÇÃO..	3
1 FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA..	4
2 ATRIBUIÇÕES GERAIS E ESPECÍFICAS.	6
2.1 ATRIBUIÇÕES GERAIS DO FISIOTERAPEUTA.	6
2.2 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO FISIOTERAPEUTA.	7
2.3 ORIENTAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DA AGENDA.	8
2.3.1 ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS.	8
2.3.2 ATIVIDADES COLETIVAS E DE GRUPOS.	8
2.3.3 ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS.	9
2.3.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA.	10
2.3.5 MATRICIAMENTO.	10
2.3.6 VISITAS DOMICILIARES.	11
2.3.7 ENCONTROS/REUNIÕES	11
2.3.8 ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO.	12
2.3.9 TELEATENDIMENTO.	12
2.3.10 ARTICULAÇÕES E PARCERIAS.	12
3 ATUAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS.	13
3.1 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	13
3.2 EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL	14
3.3 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE.	14
4 DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA..	14
5 FORMAÇÃO/PERFIL PROFISSIONAL..	15
6 FISIOTERAPEUTA E DEMANDA POPULACIONAL..	16
7. INFRAESTRUTURA FÍSICA E MATERIAL..	17
7.1 INFRAESTRUTURA FÍSICA	17

APRESENTAÇÃO

A Fisioterapia atua em todos os níveis de atenção, inclusive na Atenção Primária à Saúde. No entanto, a ausência de regulamentação específica para suas ações e as diferentes abordagens municipais revelam a necessidade de diretrizes que guiem a atuação dos fisioterapeutas nesse espaço profissional. Apresentamos o “Documento Norteador da Fisioterapia na Atenção Primária do Estado do Rio de Janeiro”, elaborado pelos fisioterapeutas do Grupo de Trabalho de Fisioterapia na Atenção Primária da Câmara Técnica de Saúde Coletiva do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Rio de Janeiro (CREFITO-2) em 2025.

Este Documento Norteador surge como resposta a necessidade de organização da assistência fisioterapêutica na atenção primária nos municípios do estado do Rio de Janeiro, área da jurisdição do CREFITO-2. Voltado para gestores e profissionais fisioterapeutas, o documento busca otimizar o planejamento e a prática dos fisioterapeutas no campo da Atenção Básica à Saúde, sugerindo atribuições gerais e específicas, abrangendo avaliações, gestão de grupos terapêuticos, atendimentos domiciliares e compartilhados, entre outros.

Atenciosamente,

Comissão de Saúde Coletiva do Conselho Regional
de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Rio de Janeiro
(CREFITO-2), 2025.

INTRODUÇÃO

Na década de 1990, experiências pioneiras da atuação da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios brasileiros têm seus primeiros relatos. O Brasil passava por mudanças significativas em seu sistema de saúde nacional, sob a égide da Constituição Federal de 1988, que fundou o Sistema Único de Saúde (SUS). Àquela época, a atuação da fisioterapia era vista predominantemente sob a ênfase da reabilitação e somente após o redirecionamento do SUS, diante do princípio da integralidade, que se deu a inserção do fisioterapeuta em outros âmbitos de atenção à saúde (CREFITO 3, 2021-2025).

Outro marco político dessa inserção se deu com a Portaria nº 154/2008, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), que instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ampliou a integralidade do cuidado e das ações na APS, estabelecendo diretrizes e estendendo a atuação da fisioterapia neste espaço (BRASIL, 2010b). Em 2016, o Art. 3º da Portaria nº 1.171/2016, de 16 de junho de 2016 (BRASIL, 2016), definiu que a composição de cada equipe do NASF deveria contemplar o profissional fisioterapeuta.

A Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023 (BRASIL, 2023) substituiu o NASF pela eMulti (equipes Multiprofissionais de Atenção Primária à Saúde). Entre as alterações, houve aumento do cofinanciamento federal para as equipes multiprofissionais, otimização do atendimento remoto como ferramenta tecnológica o trabalho e ampliação da carga horária para fortalecimento da APS.

Embora a participação do fisioterapeuta no âmbito da APS esteja consolidada e venha, cada vez mais, ganhando relevância nos serviços de atenção primária, essa inserção, ainda em processo de construção, e ainda há uma carência de normativas específicas que considerem as especificidades da sua atuação. Essa ausência e a intermitência do financiamento federal para as equipes multiprofissionais na APS provocam diferentes arranjos nas organizações municipais, não havendo uma diretriz que contemple uma organização mínima do fazer do fisioterapeuta na APS. Essa indefinição gera não apenas disparidades na oferta de serviços fisioterapêuticos entre os municípios, mas também pode comprometer a qualidade, a continuidade e a segurança da assistência prestada à população, deixando o próprio profissional fisioterapeuta sem um direcionamento para a sua prática.



Diante das transformações no perfil demográfico e epidemiológico dos últimos anos, as ações voltadas à promoção da saúde, à proteção e à prevenção devem assumir um papel central nas políticas de saúde, sendo estratégicas para a redução dos custos globais do sistema de saúde. Desse modo, é fundamental que os gestores ampliem seu olhar (Vanderlei, Almeida; 2007), assim como as equipes (de Oliveira, 2011) para a atuação do Fisioterapeuta na APS. O profissional fisioterapeuta durante a sua formação adquire competências e habilidades que lhes permite atuar em todos os níveis de atenção (Vanderlei, Almeida; 2007), assim, existe a necessidade de um trabalho de sensibilização visando maior conhecimento sobre as possibilidades de o ganho da atuação do Fisioterapeuta em todos os âmbitos de atenção à saúde (Ribeiro; Flores-Soares, 2015).

Diante deste contexto, o presente material objetiva orientar e qualificar a atuação da fisioterapia no âmbito da APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro - área de jurisdição do Crefito-2. A proposta é oferecer subsídios técnicos e conceituais que fortaleçam o processo de trabalho dos fisioterapeutas inseridos nas equipes da APS. Reconhecer e organizar essa diversidade de práticas é fundamental para garantir maior resolutividade, acesso e qualidade nos serviços oferecidos à população.

Ao sistematizar diretrizes e possibilidades de atuação, este instrumento pretende também contribuir para o fortalecimento da identidade da fisioterapia na APS, valorizando seu papel estratégico na construção de um cuidado integral, humanizado e comprometido com as realidades e necessidades dos territórios. Recomenda-se a apreciação deste documento para apoio ao planejamento e prática dos profissionais fisioterapeutas na APS no Rio de Janeiro.



ASPECTOS LEGAIS

A APS no Brasil é estruturada e organizada a partir de um conjunto de normativas legais que asseguram sua implementação, funcionamento e aprimoramento. Essas normativas têm o papel de orientar gestores e profissionais de saúde quanto aos princípios, diretrizes e responsabilidades, garantindo que as ações sejam coerentes com os fundamentos do SUS e com as necessidades da população. No âmbito federal, portarias ministeriais e políticas nacionais são os principais instrumentos que regulamentam a APS. Elas estabelecem diretrizes para a composição das equipes, formas de financiamento, modelo assistencial e atribuições dos profissionais, assegurando que o atendimento seja integral, resolutivo e territorializado. Destacamos para fins do presente documento as seguintes normativas:

Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007: Estabeleceu as diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, fomentando a formação continuada de profissionais da APS, fundamental para qualificarmos o olhar fisioterapêutico em contextos coletivos e territoriais.

Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008: Criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional de retaguarda para a APS, ampliando sua resolutividade e abrangência — contexto em que a fisioterapia passa a atuar como apoio matricial à Estratégia Saúde da Família.

Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), consolidando a Saúde da Família como estratégia prioritária e definindo papel relevante dos profissionais, incluindo fisioterapeutas, em ações de reabilitação, promoção da saúde, prevenção à agravos e continuidade do cuidado.

Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Estabelece a revisão da PNAB (2017), atualizando o modelo e os arranjos das equipes, flexibilizando composição, metas e a atuação territorial, o que amplia o campo de ação da fisioterapia em APS no atual contexto normativo.

Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017: Consolidou normas das políticas nacionais de saúde, incluindo a PNAB 2017, reafirmando o papel da APS como porta de entrada do SUS e referencial central na rede de atenção.

Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023: Institui as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti), substituindo os NASF e ampliando o cofinanciamento federal, composição profissional, carga horária e fortalecimento interprofissional.

1. FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS), por muitas vezes, é confundida com o termo “Fisioterapia na Saúde Coletiva”, mas embora o entendimento sobre Saúde Coletiva seja fundamental para atuação nessa área, é preciso entender que essas são áreas diferentes e complementares (CREFITO 3, 2021-2025).

A APS, também chamada de “atenção básica”, é um modelo e um dos polos da rede de atenção à saúde, desenvolve trabalhos de caráter interprofissional em território delimitado, possui diretrizes, agendas programáticas, princípios norteadores e uma política específica. A Saúde Coletiva é um campo de conhecimento que abrange toda a rede de atenção, vigilância, epidemiologia e gestão (BISPO-JR, 2010). Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2006):

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a manutenção da saúde e cuidados paliativos. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

“Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (PNAB, 2006).

A APS abrange ações individuais e coletivas que visam a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico fisioterapêutico e territorial, reabilitação e a manutenção da saúde. O profissional fisioterapeuta, como membro de uma equipe, deve estar apto a desenvolver a coordenação do cuidado considerando os determinantes sociais e de saúde da população, além de utilizar ferramentas de baixa densidade tecnológica que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território.

Consideram-se exemplos de ferramentas de baixa densidade tecnológica o Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto Saúde no Território, Programa de Saúde na Escola, Atendimento individual, compartilhado ou coletivo, Sala de Espera, entre outros (BRASIL, 2007b). Essa abordagem integral fortalece a autonomia dos usuários, melhora a qualidade de vida e reduz a incidência de doenças e incapacidades, otimizando o uso dos serviços de saúde e favorecendo a resolutividade da APS.

O fisioterapeuta atua na atenção primária em locais e contextos diversos, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programas de Saúde da Família (PSF), Rede de Atenção Domiciliar (quando inseridas na APS), Ambiente Comunitário, Ambientes Ocupacionais, Ambientes Escolares, Ações intersetoriais e Articulação Comunitária. Desse modo, o fisioterapeuta na APS assume papel estratégico na promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde, contribuindo para a integralidade do cuidado.

Como principais atividades desenvolvidas pela fisioterapia na Atenção Primária estão a Educação em Saúde, Avaliação Fisioterapêutica, Diagnóstico Fisioterapêutico territorial e Individual, Elaboração do Plano Fisioterapêutico para o Território e para cada indivíduo, nele contido a prescrição de atividades e exercícios preventivos, Promoção e execução de atividade física e hábitos saudáveis, prevenção de quedas e acidentes, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), intervenções ergonômicas, apoio à acessibilidade e inclusão social, dentre outras inúmeras ações, de acordo com a necessidade identificada em cada território.

É importante ressaltar que a inserção qualificada da fisioterapia na APS é estratégica, não apenas para a saúde física, mas também na promoção da saúde mental, considerando sua capacidade de atuar de forma integrada, preventiva e interdisciplinar (Oliver, 1988). As intervenções fisioterapêuticas contribuem para a redução de sintomas relacionados ao estresse, à ansiedade, depressão e outras condições de saúde mental, promovendo o bem-estar biopsicossocial dos usuários. Além disso, o vínculo estabelecido com a população e a escuta ativa fortalecem a autonomia, o autocuidado e as redes de apoio, fundamentais para a promoção da saúde mental em nível comunitário. Dessa forma, a fisioterapia consolida-se como parte essencial das estratégias de cuidado integral e humanizado.

2. ATRIBUIÇÕES GERAIS E ESPECÍFICAS

2.1 Atribuições gerais do fisioterapeuta

I. Atuar conforme os princípios e diretrizes das Políticas Públicas de Saúde considerando a universalidade, equidade e integralidade.

II. Reconhecer o protagonismo do usuário no processo de cuidado incentivando a sua autonomia e fomentar a participação da comunidade no controle social.

III. Reconhecer o território adscrito da UBS considerando sua história, população, aspectos culturais, equipamentos sociais e de saúde, processos de trabalho e rede assistencial no âmbito locorregional, assumindo corresponsabilidade sobre o mesmo.

IV. Realizar o apoio matricial em suas duas dimensões:

i. A dimensão técnico-pedagógica, participando da identificação e construção dos conhecimentos compartilhados para clínica ampliada.

ii. A dimensão assistencial, com foco no cuidado da pessoa, família e comunidade.

V. Elaborar Projeto Terapêutico Singular juntamente à equipe de referência e de outros equipamentos da rede intra e intersetorial e a comunidade em espaços de reuniões e consultas.

VI. Atuar com base no cuidado ampliado a fim de garantir a integralidade.

VII. Atuar de forma a garantir a longitudinalidade do cuidado e resolutividade da Atenção Básica articulada com outros equipamentos da rede assistencial, quando necessário, exercendo a coordenação do cuidado junto à equipe (como exemplo, a participação junto à equipe no Programa Saúde na Escola).

VIII. Participar e propor ações de educação permanente de forma articulada com as equipes e gestão, a partir das necessidades identificadas no território.

XIX. Apropriar-se das diretrizes e documentos norteadores, assim como conhecer as principais linhas de cuidado e políticas vigentes

2.2 Atribuições gerais do fisioterapeuta

O fisioterapeuta na APS deve desenvolver tanto as ações nesse âmbito, mas também as específicas do seu núcleo de atuação, planejadas a depender da configuração da equipe e do território em que se encontra (Santos e colaboradores, 2014). Situamos aqui alguns referenciais atributivos da atuação nuclear do profissional fisioterapeuta na Atenção Primária a serem implementadas dentro das linhas de cuidado possíveis.

I. Avaliação, diagnóstico, prescrição e execução de conduta fisioterapêutica na Atenção Primária em todos os ciclos de vida e linhas de cuidado;

II. Organização e realização de atividades coletivas a partir dos diferentes ciclos de vida e condições de saúde, conforme necessidade local, bem como territorialização para diagnóstico situacional de acesso e barreira, levantamento de equipamentos de saúde e lazer (praças, academia da saúde, quadras esportivas, escolas ou outros parceiros) para uso em ações coletivas no território, sob a perspectiva do conhecimento nuclear do fisioterapeuta;

III. Avaliação de casos/qualificação das demandas e encaminhamentos para a Atenção Secundária Especializada, dentro do conhecimento específico do fisioterapeuta;

IV. Matriciamento para o manejo, encaminhamento, fluxo, gestão, promoção, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos das demandas apresentadas pelas equipes, dentro do conhecimento específico da Fisioterapia;

V. Desenvolvimento de Grupos Abertos e/ou Fechados de prevenção, promoção e terapêuticos, como respostas às principais demandas de relevância sanitária de atribuição fisioterapêutica identificadas pelo profissional no território;

VI. Atendimentos individuais específicos de casos que requeiram baixa densidade tecnológica e sensíveis à fisioterapia ou ao fisioterapeuta, como membro da equipe multiprofissional da Atenção Primária, na forma pontual e não contínua;

VII. Atendimentos compartilhados com outros profissionais de casos que apresentem demandas complexas e que necessitem de uma abordagem inter e/ou multiprofissional, aumentando a resolutividade desse atendimento;

VIII. Visita para consulta domiciliar de usuários restritos que, tendo indicação do acompanhamento domiciliar, deverão ser regulados para o Programa Melhor em Casa ou interlocução para visita compartilhada;

IX. Utilização de Práticas Integrativas e Complementares, se necessidade identificada pelo profissional fisioterapeuta e dentro de seu escopo de atuação;

X. Utilização de recursos terapêuticos em abordagens individuais e coletivas, conforme necessidade identificada pelo profissional fisioterapeuta e considerando as evidências existentes para o desfecho a ser alcançado, experiência/capacitação do profissional e preferência do usuário;

XI. Atuação junto à equipe, se corresponsabilizando pela participação em fóruns temáticos e linhas de cuidado específicas no território;

XII. Gestão do cuidado e da clínica fisioterapêutica, como a organização da agenda, priorização de demandas e casos;

XIII. Construção das linhas de cuidado sob o olhar da fisioterapia;

XIV. Organizar os fluxos e a regulação dos usuários, desde a porta de entrada até ao encaminhamento para a atenção secundária especializada, ambulatorial e/ou hospitalar

2.3 Orientação da composição da agenda

A composição da agenda do fisioterapeuta na APS deve refletir os princípios da integralidade, da equidade e da resolutividade, organizando o tempo de trabalho de modo a contemplar as diversas possibilidades de atuação, em consonância com as necessidades da população e com os projetos da equipe multiprofissional. Para cumprir os parâmetros previstos para a qualidade do cuidado, destacamos algumas possibilidades de atuação profissional, ressaltando que a utilização dessas estratégias vai depender das questões identificadas pelo profissional no território.

2.3.1 Atendimentos Individuais

Os atendimentos individuais na APS devem contemplar uso de baixa densidade tecnológica, predominando as tecnologias leves e leves - duras, com base na necessidade da unidade e com critérios bem definidos, observando as especificidades. A auto referência é realizada pelos critérios próprios (Lopes; Guedes, 2019) do profissional fisioterapeuta.

Destaque para o atendimento pontual e específico inicial, em se havendo a necessidade do acompanhamento/tratamentos contínuo, o indivíduo deverá ser regulado para atenção especializada secundária. Entenda como a necessidade contínua, mais de duas intervenções a ser realizada pelo fisioterapeuta no indivíduo.

2.3.2 Atividades Coletivas e de Grupos

As atividades coletivas e de grupos devem estar asseguradas na agenda do profissional, considerando o diagnóstico territorial do profissional e as principais demandas identificadas. Além de grupos na própria UBS, pode-se articular grupos em parceria com outros setores, tais como escolas, esporte, cultura e lazer, como:

I. Grupos abertos: em geral são grupos com critérios menos rígidos, encontros com periodicidade variada, podendo ter um número maior de participantes e agregar pessoas a qualquer momento;

II. Grupos fechados: são grupos com critérios definidos. Há uma pactuação ou “contrato” entre profissionais e usuários, e o estabelecimento de um número definido de encontros;

III. Grupos de prevenção e promoção: são grupos com objetivos de prevenir agravos ou doenças específicas, como por exemplo, grupos para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, sobrepeso etc.), ou grupos com o propósito de promover mudanças em hábitos de vida, socialização, geração de renda, entre outros;

IV. Grupos terapêuticos: o que difere o grupo terapêutico dos demais é o seu objetivo terapêutico definido. Como exemplo, os Grupos de Exercícios Terapêuticos, Grupo de Condições Musculoesqueléticas crônicas, entre outros (BRASIL, 2009).

À luz da Resolução 444 de 2014 do Coffito, deverão ser respeitados os parâmetros assistências do QUADRO 5 ATENDIMENTO AMBULATORIAL GRUPO

Quadro 5. AMBULATORIAL: GRUPO

(Pilates, terapias de reeducação postural, condicionamento funcional, práticas integrativas e complementares em saúde e outras)

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

Cliente/paciente de cuidado mínimo Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, autossuficiente nas necessidades humanas básicas.	Quantitativo de consulta por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).	1 consulta
	Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente em grupo.	Grupo de 6 clientes/pacientes por hora

<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3208>

Sendo assim, compete ao profissional fisioterapeuta a definição do número máximo de participantes em cada grupo, considerando as recomendações e normativas acima, considerar o tipo de grupo (se aberto ou fechado, de prevenção, promoção ou terapêutico), os critérios estabelecidos, o número de profissionais envolvidos, o espaço físico e os recursos materiais disponíveis.

2.3.3 Atendimentos Compartilhados

Devem fazer parte da agenda os atendimentos compartilhados com equipes de apoio e da Estratégia de Saúde da Família, como também de equipes da Atenção Especializada como forma de matriciamento. Tais atendimentos são essenciais para troca de saberes técnico-pedagógicos e ampliação da clínica (clínica ampliada) dos profissionais envolvidos. Dentro desses atendimentos também é possível realizar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), diagnósticos de casos complexos e condutas terapêuticas mais elaboradas e que contemplem ações de núcleo e campo.

2.3.4 Educação Permanente e Continuada

São ações que devem ser pactuadas entre os trabalhadores e gestores locais, garantindo a participação do profissional fisioterapeuta, seja como participante ou facilitador. Deve ser considerado também o tempo reservado para elaboração de materiais de apoio e organização das atividades. Para os fisioterapeutas inseridos na APS, esse processo contribui para o fortalecimento das práticas interdisciplinares, a incorporação de novas tecnologias de cuidado, o enfrentamento dos desafios do território e a constante atualização frente às políticas públicas de saúde.

Em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2017), a Educação Permanente e Continuada deve priorizar práticas voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado longitudinal, conforme previsto no art. 3º da PNAB, assegurando o enfoque comunitário e multiprofissional. Nesse sentido, as intervenções fisioterapêuticas não devem reproduzir a lógica da atenção secundária, nem transformar a APS em um ambulatório de reabilitação. A oferta de atendimentos deve estar vinculada às necessidades do território, com ênfase em ações educativas, orientação para o autocuidado, incentivo à prática corporal e à atividade física, adaptações de recursos e ambientes, além do apoio matricial às equipes. Quando indicadas, as práticas clínicas específicas, devem ser integradas ao PTS, respeitando a diretriz da integralidade e a resolubilidade esperada da APS, sem deslocar sua função para a reabilitação especializada.

2.3.5 Matriciamento

O matriciamento, também denominado como “apoio matricial”, é um arranjo organizacional do SUS que visa aprimorar a atenção à saúde, promovendo a construção compartilhada de propostas de intervenção entre diferentes equipes e profissionais. Em vez de encaminhar casos complexos para serviços especializados, o matriciamento busca estabelecer um suporte técnico e pedagógico, com troca de saberes e práticas, para que a equipe local possa lidar com esses casos de forma mais eficaz.

As reuniões de matriciamento também devem ser incluídas nas metas institucionais, visto que os casos discutidos qualificam a assistência e devem ser registrados. Para as reuniões de matriciamento que ocorrem fora do espaço da Unidade (como nos fóruns de matriciamento/grupos de trabalho em outros pontos da rede de saúde ou intersetorial), deve-se considerar, ainda, o deslocamento.

2.3.6 Visitas domiciliares

A Atenção Domiciliar I (ADI 1) é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Compete às equipes de APS a seleção dos usuários elegíveis para a modalidade AD1. Considera-se elegível, nesta categoria, o usuário que, tendo indicação de Atendimento Domiciliar, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de APS, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. As equipes que executarem as ações na modalidade AD1 devem ser apoiadas pelas Equipes Multiprofissionais da APS, ambulatoriais de especialidades e centros de reabilitação (BRASIL, 2016b). Outras modalidades de Atenção Domiciliar (AD2 e AD3) estão sob incumbência de outros níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2024).

As visitas domiciliares, além do caráter supracitado, permitem que os profissionais conheçam o contexto de vida dos usuários, o que contribui para um cuidado mais individualizado, empático e eficaz, além da identificação de vulnerabilidades, fortalecimento do vínculo com o território e possibilidade de realização de busca ativa dos usuários, quando necessário.

2.3.7 Encontros/reuniões

Devem considerar como encontros as reuniões de equipes, reuniões gerais, técnicas, intersetoriais e da rede de saúde, considerando suas especificidades e deslocamentos, devendo estar contemplada dentro da carga horária formal. Para o Fisioterapeuta, a participação ativa nesses encontros é importante para o fortalecimento do cuidado compartilhado e da abordagem interdisciplinar, possibilitando a construção de soluções mais integradas e efetivas para os desafios do território. Nesses encontros são recomendadas utilização de tecnologias leves e leve - duras do cuidado, como PTS, os mapas de cuidado, a estratificação de risco, os prontuários eletrônicos e ferramentas de georreferenciamento, ferramentas, que contribuem para uma abordagem mais qualificada, resolutiva e centrada nas necessidades reais da população.

2.3.8 Organização dos Processos de Trabalho

É necessário privilegiar uma agenda que garanta espaços para organização, gestão e administração do processo de trabalho do profissional. A gestão da clínica e do cuidado é competência e atribuição de todo profissional da APS e deve compor a parte institucional da agenda. Como exemplos de atividades, citamos a construção de relatórios, organização de grupos, gestão da agenda e encaminhamentos, entre outros.

2.3.9 Teleatendimento

A Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022, regulamentou as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do SUS, tendo como objetivo ampliar o acesso, a eficiência e a efetividade das políticas públicas de saúde, sobretudo em áreas remotas, por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação aplicadas à assistência remota e à educação em saúde. Nesse contexto, em conformidade com a Lei nº 14.510/2022 e com a Resolução COFFITO Nº 619 de 2025, a atuação do fisioterapeuta na APS por meio da telessaúde constitui modalidade legítima de cuidado, devendo observar princípios de eficácia e segurança. O atendimento remoto pode ocorrer de forma síncrona (em tempo real) ou assíncrona (não simultânea), desde que assegurados o consentimento do usuário, a confidencialidade dos dados e a atualização do prontuário em cada contato.

Na APS, a telessaúde em Fisioterapia deve ser utilizada como ferramenta complementar às práticas presenciais, permitindo o acompanhamento longitudinal, a promoção do autocuidado, a orientação de exercícios, a educação em saúde e o suporte matricial às equipes multiprofissionais. Contudo, não substitui consultas e avaliações presenciais indispensáveis ao diagnóstico e ao tratamento, reafirmando o papel estratégico da telessaúde como ampliadora do acesso e integradora de cuidado, sem descaracterizar a natureza comunitária e territorial da Atenção Primária.

2.3.10 Articulações e parcerias

Considerando a atuação centrada no território e a determinação social do processo saúde-doença, o fisioterapeuta deve estar atento e ativo frente a articulação com outros dispositivos do território. Estabelecer parcerias com Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPS AD), escolas, associações de moradores, entidades e empresas do terceiro setor, instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), centros comunitários, organizações não governamentais (ONGs) e outros equipamentos locais permite que a fisioterapia atue de forma integrada, compartilhando saberes, demandas e estratégias. Essa articulação intersetorial contribui para a construção de redes de apoio mais efetivas e para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais, especialmente em populações em situação de risco ou com necessidades complexas de saúde.

Além da perspectiva do diagnóstico territorial e alinhamento, esses locais também oferecem oportunidades para a atuação com grupos populacionais específicos por meio de práticas educativas, atividades físicas, oficinas terapêuticas, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Esse deslocamento do cuidado para além da UBS amplia o acesso da população aos serviços de fisioterapia, respeita a lógica da territorialização e favorece abordagens mais contextualizadas e sensíveis às realidades locais.

A ampliação do campo de atuação fortalece a integralidade do cuidado e reafirma o compromisso da fisioterapia com os princípios do SUS. Ao reconhecer e valorizar os recursos presentes no território, o fisioterapeuta contribui para um cuidado mais humanizado, resolutivo e corresponsável. Assim, a prática fisioterapêutica na APS não se limita ao espaço da unidade de saúde, mas se expande em direção a um cuidado que é construído em rede, com a comunidade e para a comunidade.

3. ATUAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS

Na APS, o fisioterapeuta estará presente em diferentes programas e ações, conforme necessidade do território. Esta etapa destina-se a expor algumas dessas atuações, mas reitera o objetivo do documento de ser um norteador da atuação, não devendo ser um limitador das possibilidades profissionais do Fisioterapeuta, uma vez que dependerá das demandas populacionais.

3.1 Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado pelo Decreto Presidencial nº 6.286 em 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a), tem como objetivo integrar educação e saúde para ajudar na formação completa dos estudantes. Ele realiza ações de prevenção, promoção e cuidado à saúde, além de oferecer meios para enfrentar vulnerabilidades que possam prejudicar o desenvolvimento escolar pleno.

A presença do fisioterapeuta na saúde escolar é fundamental, pois este profissional pode contribuir para melhorar o ensino por meio de diversas ações, como por exemplo: análise diagnóstica da funcionalidade da criança e do adolescente; atuando junto aos outros profissionais envolvidos no cuidado integral à criança e ao adolescente do sistema de saúde e educacional, com ações voltadas à adaptação e indicação de tecnologia assistiva, de maneira a favorecer a inclusão escolar; participando do processo de inclusão da criança com deficiência no âmbito escolar em sintonia com os demais profissionais envolvidos, avaliando, identificando, analisando e intervindo nas demandas gerais de acessibilidade na escola de forma a atender toda comunidade educativa, sempre de maneira interdisciplinar e intersetorial, dentre outras.

3.2 Equipe de Atenção Básica Prisional

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), é uma política pública que visa garantir o acesso à saúde para a população privada de liberdade no sistema prisional. A política foi criada pela Portaria Interministerial nº 01, de 2 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014), e busca assegurar a integralidade do cuidado à saúde dentro do sistema prisional, no âmbito do SUS. As atividades da equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) devem ser realizadas nas unidades prisionais, tendo como referência a UBS a que estiver vinculada. A fisioterapia desempenha um papel crucial dentro das eABPs, podendo contribuir para a promoção de saúde e prevenção de agravos, além da reabilitação

3.3 Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde (PAS), instituído pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), surgiu a partir de iniciativas municipais que buscavam promover a saúde por meio de atividades físicas e outras ações. O programa visa contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e adoção de modos de vida saudáveis pela população, atuando como um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde. O objetivo principal é oferecer um espaço com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para orientar e estimular a prática de atividades físicas e outras ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O fisioterapeuta na Academia da Saúde atua na promoção, prevenção e tratamento de diversas condições de saúde, com foco em práticas corporais e atividades físicas, além de educação em saúde e promoção de hábitos saudáveis. Ele integra equipes multidisciplinares, colaborando com outros profissionais como educadores físicos, nutricionistas e agentes comunitários de saúde, para oferecer um cuidado integral aos usuários.

4. DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

Observando-se a Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994, recomenda-se a seguinte distribuição da carga horária de trabalho do fisioterapeuta da APS:

ATIVIDADE	SUGESTÃO DE CARGA HORÁRIA	DURAÇÃO DA ATIVIDADE
Atendimentos individuais e/ou compartilhados	25% a 40% (sendo pelo menos 10% da carga horária de consultas / atendimentos domiciliares)	40 min a 1h
Consultas/ Atendimentos domiciliares		1h a 1:30h
Ações coletivas ¹	10% a 30%	Mínimo 1h
Reuniões e Matriciamento ²		
Atividades administrativas	5 a 15%	Mínimo 30 min
Educação permanente	5 a 15%	Mínimo 1h

¹ A Academia da Saúde é um recurso do território em que o fisioterapeuta pode lançar mão para realização de algumas atividades coletivas, instituído pela Portaria de Consolidação nº 5/2017, em 2 de setembro de 2017 e atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024 (BRASIL, 2024).

² Deve englobar o tempo de preparação de materiais de apoio e organização das atividades.

Com relação à teleconsulta e teleatendimento pelo Fisioterapeuta, tem sua normativa ancorada na Resolução COFFITO Nº 619 de 2025, conforme supracitado.

5. FORMAÇÃO/PERFIL PROFISSIONAL

Sabe-se que o perfil profissional do fisioterapeuta é marcado por uma formação humanista, crítica, reflexiva e generalista que o capacita a atuar em todos os níveis de atenção à saúde. De fato, sua formação o faz compreender o movimento humano em todas as suas dimensões (patológicas, funcionais, psíquicas, sociais e orgânicas), mas deve-se destacar que a formação específica, que o torne especialista, traz consigo um maior aprofundamento em cada área de atuação.

Considerando que as Diretrizes Curriculares Nacionais da Fisioterapia (BRASIL, 2002) definem a formação para a APS como diretriz, reforça-se a necessidade de adequação dos currículos de graduação para cumpri-la. É recomendado também que o profissional atuante na APS tenha formação no nível de pós-graduação nas modalidades lato sensu ou stricto sensu, tais como Saúde Pública ou Saúde Coletiva, de forma a contemplar a complexidade, habilidades e competências necessárias para a atuação neste campo. Mesmo sabendo que a formação acadêmica já forma um profissional com capacidade de atuar nesse âmbito de atenção à saúde, é importante destacar que uma especialização possibilitará ao profissional maior aprofundamento e maior vivência, potencializando sua capacidade transformadora em benefício da saúde do seu território de atuação.

Para os profissionais que já estão atuando na APS e todos os demais interessados deve ser fornecida e estimulada Educação Continuada e Permanente de forma a contemplar as habilidades e competências supracitadas, assim como para suprir as principais demandas apresentadas pela população. É desejável que este profissional se engaje também nos Conselhos Municipais de Controle Social, Conselhos Locais e as respectivas conferências.

Outro aspecto que merece destaque na formação do profissional fisioterapeuta é um desenvolvimento profissional para a compreensão e a incorporação de um conjunto de práticas com foco em questões ambientais, sociais e de gestão, além dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). Sobre este último, é notório inclusive a atuação fisioterapêutica nos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável, com especial destaque aos desafios atuais da saúde pública e da sustentabilidade.

6. FISIOTERAPEUTA E DEMANDA POPULACIONAL

A definição de um parâmetro de atuação do fisioterapeuta na APS constitui-se um desafio. Nesse sentido, é importante que haja profissionais suficientes para atender às necessidades de saúde da população, reforçando que este profissional é parte integrante de uma equipe, atuando de forma colaborativa e interprofissional. Com base nas experiências acumuladas e nas principais normativas vigentes, faz-se a seguinte recomendação contemplando três possibilidades distintas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012):

- Carga horária mínima de 30 horas semanais de fisioterapia para até 18 mil habitantes;
- Carga horária mínima de 30 horas semanais de fisioterapia por UBS;
- Carga horária mínima de 30 horas semanais de fisioterapia para no máximo cinco equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF)/Equipe de Atenção Primária (eAP).

Olhar com muita atenção.

7. INFRAESTRUTURA FÍSICA E MATERIAL

Para o desenvolvimento adequado do trabalho do fisioterapeuta na Atenção Primária de forma segura, respeitando a privacidade e segurança dos usuários, e a qualidade da atuação profissional devem ser garantidas infraestrutura física e material. Uma das características do trabalho na Atenção Primária à Saúde é a versatilidade e adequação ao território. No entanto sugere-se como estrutura física e material a seguinte estrutura:

7.1 Infraestrutura Física

- I. Consultório acessível para pessoas com deficiências e/ou mobilidade reduzida reservado nos horários para atendimento individual específico ou compartilhado;
- II. Espaço adequado para reuniões de equipe e matriciamento;
- III. Espaço adequado na unidade ou em outros equipamentos do território para realização de grupos e/ou outras atividades/ações coletivas (o acordo ou viabilização desses espaços no território deve ter a participação/apoio da gestão).

7.2 Infraestrutura Material

O profissional da Atenção Primária consegue atuar em diversos contextos com recursos materiais de baixa densidade tecnológica. Assim, sugerem-se materiais que podem potencializar as ações do fisioterapeuta, sem descaracterizar a atuação na APS:

I. Materiais para práticas corporais: halteres, caneleiras de pesos variados, faixas elásticas de diferentes tensões, bolas comuns, bola suíça, bastões e colchonetes, utilizados preferencialmente em atividades coletivas e de orientação para o autocuidado;

II. Recursos para práticas integrativas e complementares em saúde (PICS): sementes, agulhas de auriculoterapia e acupuntura, entre outros materiais, conforme pactuação local, formação do profissional e respeitando protocolos de segurança;

III. Materiais de avaliação básica: esfigmomanômetro, estetoscópio, goniômetro, fita métrica, balança, martelo de reflexos, estesiômetro e oxímetro, fundamentais para o acompanhamento clínico e vigilância em saúde;

IV. Instrumentos de registro e organização territorial: fichas avaliativas simplificadas, mapas territoriais e outros materiais que permitam a análise situacional, a identificação de demandas comunitárias e a construção de projetos terapêuticos singulares e coletivos;

V. Recursos de apoio às práticas educativas e comunitárias: caixa de som, materiais lúdicos e pedagógicos, cartazes e demais instrumentos que favoreçam atividades em grupo e educação em saúde;

VI. Outros materiais: desde que pactuados localmente e utilizados em conformidade com os princípios da APS, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento da autonomia dos usuários.

8. Atenção à Saúde de Populações Específicas

Na APS, o cuidado em saúde deve considerar as necessidades singulares de cada indivíduo e/ou coletivo, reconhecendo que grupos sociais distintos podem estar mais vulneráveis a agravos de saúde e barreiras no acesso aos serviços. O fisioterapeuta, como profissional da equipe multiprofissional da APS, tem papel fundamental na promoção da equidade e no atendimento humanizado à essas populações

8.1 Pessoas com deficiência

O fisioterapeuta, como profissional integrante da equipe da APS, atua na promoção da funcionalidade, prevenção de incapacidades, reabilitação e promoção da autonomia, respeitando os direitos humanos, a diversidade e as singularidades de cada pessoa. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) (BRASIL, 2010a) visa promover a atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, assegurando acesso universal, equânime e contínuo aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. O fisioterapeuta tem um papel transversal e integrado à rede de atenção, com foco no território e nas necessidades reais da população. Entre suas atribuições destacam-se:

I. Identificação precoce e vigilância da deficiência

I.I Realizar avaliação funcional e identificação de sinais de risco para deficiência.

I.II Participar de ações de vigilância em saúde e busca ativa de pessoas com deficiência na comunidade.

II. Atenção domiciliar

II.I Orientar intervenções voltadas à manutenção da funcionalidade e prevenção de agravos.

II.II Adaptar atividades de vida diária (AVDs) e sugerir recursos para melhora da autonomia.

III. Promoção da acessibilidade e inclusão

III.I Avaliar barreiras arquitetônicas, urbanas e comunicacionais no território.

III.II Promover ações educativas e de sensibilização junto à comunidade e instituições locais.

III.III Articular com a gestão municipal para adequações de acessibilidade em UBS, escolas e espaços públicos.

IV. Educação em saúde e apoio às famílias e cuidadores

IV.I Realizar grupos educativos com foco no autocuidado, prevenção de complicações secundárias e inclusão social.

IV.II Estimular o protagonismo da pessoa com deficiência no cuidado com a própria saúde.

V. Construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

V.I Participar da construção e execução do PTS junto à equipe multiprofissional.

V.II Avaliar demandas físicas, emocionais e sociais para planejar intervenções personalizadas.

V.III Acompanhar longitudinalmente a pessoa com deficiência ao longo da vida.

VI. Articulação com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

VI.I Identificar a necessidade de encaminhamentos a serviços especializados de reabilitação (como CERs ou centros regionais).

VI.II Apoiar a reinserção escolar, laboral e comunitária da pessoa com deficiência.

VI.III Garantir o fluxo entre os pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial

8.2 Saúde da Mulher

Em sua atuação o Fisioterapeuta deve ter olhar ampliado sobre o cuidado com as mulheres, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e autonomia funcional, de forma acolhedora, integral e equitativa. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) (BRASIL, 2004) orienta ações do SUS voltadas à garantia dos direitos das mulheres à saúde em todas as fases da vida, considerando suas necessidades específicas, condições sociais e de gênero, e os diversos marcadores de desigualdade que influenciam sua saúde. Entre suas atribuições destacam-se:

I Ciclo gravídico-puerperal

I.I Ações educativas e terapêuticas em grupos de gestantes e puérperas.

I.II Promoção do preparo físico para o parto (exercícios respiratórios, posturais e de assoalho pélvico).

I.III Prevenção de disfunções musculoesqueléticas e urinárias comuns na gestação.

I.IV Apoio à amamentação e orientação sobre ergonomia para o cuidado com o bebê.

I.V Identificação de situações de vulnerabilidade e encaminhamento para rede de apoio.

II Saúde sexual e reprodutiva

II.I Atuação em disfunções do assoalho pélvico.

II.II Ações educativas sobre saúde sexual e prevenção de ISTs.

II.III Acolhimento e escuta qualificada de demandas relacionadas à sexualidade.

III. Violência contra a mulher

III.I Escuta qualificada e sigilosa a mulheres em situação de violência.

III.II Identificação de sinais físicos e funcionais relacionados à violência.

III.III Articulação com a rede de proteção (CREAS, CRAS, Delegacia da Mulher, serviços especializados).

IV. Saúde da mulher no climatério e envelhecimento

IV.I Promoção de atividades de cuidado físico, alongamentos e fortalecimento muscular.

IV.II Abordagem de alterações osteomusculares, urinárias e sexuais comuns nessa fase.

IV.III Promoção de atividades coletivas e orientações de prevenção de quedas, sarcopenia e perda de funcionalidade.

V. Trabalho e saúde da mulher

V.I Identificação de agravos relacionados ao trabalho formal e informal (ex: sobrecarga física, postura, esforço repetitivo).

V.II Ações ergonômicas coletivas e de prevenção de lesões ocupacionais.

V.III Apoio ao retorno ao trabalho após licença maternidade ou adoecimento.

8.3 Saúde do Idoso

O Brasil vive um acelerado processo de envelhecimento populacional, com impactos diretos sobre as demandas do sistema de saúde. O Fisioterapeuta atuante na APS assume papel central na promoção da funcionalidade, prevenção de incapacidades e reabilitação da pessoa idosa, atuando com foco integral, humanizado e interdisciplinar, e frente à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006), que tem como objetivo garantir envelhecimento ativo e saudável, entre suas atribuições destacam-se:

I Avaliação funcional da pessoa idosa

- I.I Aplicação de instrumentos de avaliação multidimensional, quando necessário.
- I..II Identificação de sinais de fragilidade, risco de quedas e perda de autonomia.

II Promoção da funcionalidade e prevenção de incapacidades

- II.I Desenvolvimento de programas de exercício físico adaptado e grupos terapêuticos.
- II.II Intervenções em grupo para manutenção ou recuperação da mobilidade, força muscular, equilíbrio e coordenação, visando melhoria da funcionalidade.

III Prevenção de quedas

- III.I Avaliação do ambiente domiciliar e comunitário para identificação de riscos em VDs.
- III.II Educação em saúde para idosos, familiares e cuidadores sobre medidas de segurança.

IV Educação em saúde e empoderamento

- IV.I Grupos educativos sobre envelhecimento saudável, autocuidado, sexualidade na velhice, nutrição e prevenção de quedas.
- IV.II Estímulo ao protagonismo da pessoa idosa e à participação ativa na comunidade.
- IV.III Combate ao etarismo e valorização da experiência de vida.

8.4 Saúde da Criança

Na APS, o Fisioterapeuta exerce papel fundamental na promoção da saúde da criança, do desenvolvimento infantil, prevenção de agravos e promoção à saúde, atuando com base no cuidado integral, familiar e intersetorial. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2018) tem como objetivo garantir sobrevivência, crescimento, desenvolvimento e bem-estar integral de crianças de 0 a 9 anos, considerando os determinantes sociais da saúde e os direitos fundamentais da infância. Entre suas atribuições destacam-se:

I Promoção do nascimento seguro e saudável

I.I Apoio às gestantes durante o pré-natal com ações educativas.

I.II Participação em estratégias de preparo corporal para o parto e pós-parto imediato.

I.III Acompanhamento de bebês nascidos prematuros ou com condições perinatais de risco.

II Atenção à saúde da criança na 1ª infância (0 a 6 anos)

II.I Avaliação e monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor.

II.II Identificação precoce de atrasos ou alterações no desenvolvimento motor e sensorial.

II.III Estímulo ao brincar, ao movimento livre e à interação com o ambiente.

II.IV Atuação com famílias e cuidadores na criação de ambientes saudáveis e estimulantes.

III Ampliação do cuidado à criança com doenças prevalentes na infância

III.I Prevenção de afecções respiratórias por meio de fisioterapia respiratória.

III.II Apoio à adesão ao tratamento de crianças com condições crônicas.

IV Atenção à criança com deficiência

IV.I Intervenção precoce com foco na promoção da funcionalidade e participação.

IV.II Estímulo ao desenvolvimento motor e à autonomia nas atividades da vida diária.

IV.III Orientação à família sobre estratégias de cuidado no domicílio e no território.

IV.IV Articulação com serviços especializados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

V Promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes

V.I Ações educativas sobre prevenção de quedas, queimaduras, intoxicações e afogamentos.

V.II Atenção a sinais de violência física, emocional ou negligência.

VI Atenção à saúde da criança em situações de violência

VI.I Escuta qualificada e acolhedora da criança e da família.

VI.II Identificação de sinais físicos, posturais ou comportamentais sugestivos de abuso ou negligência.

VI.III Notificação de casos e articulação com o Conselho Tutelar e demais equipamentos da rede.

REFERÊNCIAS

BISPO-JUNIOR JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciência e saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, suppl., p.1627-1636.

BRASIL. Decreto Presencial nº. 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa de Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2007a.

BRASIL. Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. DF: Diário Oficial da União, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 1.348, de 2 de junho de 2022. Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC), 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Resolução CNE/CES 4. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Fisioterapia, Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 11, 2002.

BRASIL. Resolução CNE/CES 4. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Fisioterapia, Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 11, 2002.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Caderno de Boas Práticas. Fisioterapia na Atenção Domiciliar. 2024

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução COFFITO Nº 619 de 28 de maio de 2025 - Regulamenta a prestação de serviços de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional nas modalidades de Teleconsulta, Teleatendimento, Telemonitoramento e Teleconsultoria de forma permanente e dá outras providências

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução nº 516, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria. Diário Oficial da União 23 de mar de 2020.

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo - CREFITO 3. Documento Norteador da Fisioterapia na Atenção Básica do Estado de São Paulo, 2022-2025.

DE OLIVEIRA, Greicimar et al. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 24, n. 4, p. 332-339, 2011.

LOPES JM, GUEDES MBOG. Fisioterapia na Atenção Primária: Manual de prática profissional baseado em Evidência. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

NAÇÕES UNIDAS Brasil.

OLIVER FC. Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação da assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do município de São Paulo. 1988. Tese (Pós-graduação em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

RIBEIRO, Cristina D.; FLORES-SOARES, Maria C. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. Revista de Salud Pública, v. 17, p. 379-393, 2015.

SANTOS MLM, et al. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. Fisioterapia Brasil. v 15, n.1, 2014, p.69-76.

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Ciência & saúde coletiva, v. 12, p. 443-453, 2007.

Leituras complementares sugeridas no site em Manuais & Orientações

ENTRE EM CONTATO COM O CREFITO-2:

(21) 2169-2169

WWW.CREFITO2.GOV.BR

R. FÉLIX DA CUNHA, 41 - TIJUCA
Rio de Janeiro - RJ, 20260-300