







Efetividade do apoio matricial do fisioterapeuta para os agentes comunitário de saúde: um estudo quase-experimental

Effectiveness of the physical therapist's matrix support for community health agents: a quasi-experimental study

Samara Maria Neves Barbosa ^{1*}
Gabriel Brighenti Menezes Silva ¹
Henrique Silveira Costa ¹
Alessandra de Carvalho Bastone ¹
Débora Fernandes de Melo Vitorino ¹
Juliana Nunes Santos ²

¹ Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, MG, Brasil

² Universidade Federal de Lavras (UFLA), São Sebastião do Paraíso, MG, Brasil

Data da primeira submissão: Janeiro 28, 2024

Última revisão: Abril 25, 2024

Aceito: Maio 28, 2024

Editora associada: Ana Paula Cunha Loureiro

*Correspondência: samarasmg@gmail.com

Resumo

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro elemento de uma rede de processos de atenção à saúde que tem na Estratégia Saúde da Família o alicerce para a sua reorganização, expansão e consolidação.

Objetivo: Investigar a efetividade do apoio matricial (AM) realizado pelos fisioterapeutas para os agentes comunitários de saúde (ACS) em relação ao nível de conhecimento sobre condições de saúde sensíveis à atuação da fisioterapia na APS. **Métodos:** Trata-se de um estudo quase-experimental realizado com dois grupos de ACS, divididos em controle ($n = 6$) e intervenção ($n = 7$), totalizando 13 profissionais pertencentes a um município de pequeno porte. O AM aconteceu por meio de oficinas educativas, abordando os temas materno-infantil, adulto, idoso e distúrbios musculoesqueléticos. Para a avaliação inicial foram aplicados um questionário semiaberto com dados sociodemográficos e questões relacionadas ao trabalho, um questionário estruturado contendo questões relacionadas à atuação da fisioterapia na APS, que apresentava situações da rotina de trabalho do ACS, e um inquérito semiaberto de investigação de pacientes a serem encaminhados para a fisioterapia. Para a avaliação final, os mesmos instrumentos foram reaplicados, exceto o questionário sociodemográfico.

Resultados: Após o AM, na comparação entre os grupos, houve diferença estatística no índice de percepção de risco no eixo das distúrbios musculoesqueléticos ($p = 0,032$) e na identificação de casos de alterações infantis ($p = 0,012$). Na comparação intragrupo, o grupo intervenção apresentou diferença estatística na percepção de risco na saúde do idoso e na maioria dos itens do inquérito de encaminhamentos ($p < 0,05$ para todos). **Conclusão:** O AM pode contribuir para a construção compartilhada de saberes, bem como para o acionamento da fisioterapia na APS pelos ACS.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde. Profissionais de apoio aos cuidados de saúde. Fisioterapia.

Abstract

Introduction: Primary health care (PHC) represents the first step of a network of health care processes that have the Family Health Strategy as their foundation for reorganization, expansion and consolidation. **Objective:** To investigate the effectiveness of the matrix support provided by the physical therapist to the community health agents (CHAs) regarding the level of knowledge about health conditions responsive to the performance of physiotherapy in PHC. **Methods:** We conducted a quasi-experimental study with two groups of CHAs, divided into control ($n = 6$) and intervention ($n = 7$), totaling 13 professionals belonging to a small municipality. Matrix support took place through educational workshops, addressing the axes of maternal and child health, adult health, health of older people and musculoskeletal disorders. For the initial assessment, a semi-open questionnaire was administered with sociodemographic data and work-related questions, a structured questionnaire containing questions related to the performance of physiotherapy in PHC that presents situations from the CHA's work routine, and a semi-open survey investigating patients to be referred to physiotherapy. For the final assessment, the same instruments were reapplied, except for the sociodemographic questionnaire. **Results:** After the intervention, in the comparison between groups, there was a difference in the risk perception index in the axis of musculoskeletal disorders ($p = 0.032$) and in the identification of cases of childhood changes ($p = 0.012$). In the intragroup comparison, the intervention group showed a difference in risk perception in the health of the older persons and in most of the items of the referral survey ($p < 0.05$ for all). **Conclusion:** Matrix support can contribute to the shared construction of knowledge, as well as to the activation of physiotherapy in PHC by CHAs.

Keywords: Community health agents. Health care support professionals. Physiotherapy. Primary health care.

Introdução

A Atenção Primária a Saúde (APS) representa o primeiro elemento de uma rede de processos de atenção à saúde e tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o alicerce para a sua reorganização, expansão e consolidação.¹ O atual modelo da APS no país conta com equipes de saúde da família (SF) compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar

ou técnico de enfermagem, um cirurgião dentista e um auxiliar,² agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes comunitários de endemias, com a possibilidade de inserção do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.³

Na equipe destaca-se o ACS, protagonista do Programa de Agentes de Saúde (PACS), criado em 1991⁴ e peça-chave da ESF, cujas inúmeras e variadas atribuições incluem o cadastramento das famílias, participação na realização do diagnóstico demográfico, visitas domiciliares periódicas, acompanhamento e prevenção de diversas doenças e condições de saúde, desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, entre outras.⁴⁻⁶

Estudos apontam o ACS como personagem central da política de saúde vigente e o consideram o elo entre a equipe e a comunidade, exercendo importante papel social, além do auxílio na produção de cuidados através de tecnologias leves como a comunicação, o acolhimento, o vínculo, o diálogo, a escuta qualificada e o desenvolvimento de ações intersetoriais e de liderança.⁶⁻⁸ Depreende-se que esta é uma profissão complexa, podendo haver situações adversas no dia a dia de trabalho em que os profissionais devem estar preparados para atuar.⁷ Outrossim, o ACS é tido como um profissional com pouco conhecimento técnico dentro da unidade básica de saúde e detentor do conhecimento nas visitas domiciliares, justificando o importante papel da educação permanente em saúde e atualizações para esses profissionais.^{9,10}

A lei nº 13.595/2018,⁵ bem como a Política Nacional de Atenção Básica,² enfatiza o dever dos profissionais de saúde em frequentar cursos de educação continuada e de aperfeiçoamento. Tais capacitações podem ser oferecidas pelo próprio Ministério da Saúde, bem como por instituições parceiras públicas ou privadas, sejam por pactuação dos gestores aos programas ou por iniciativa própria dos profissionais.¹¹ O Ministério da Saúde também preconiza o trabalho multiprofissional, considerando as adversidades e complexidade das situações encontradas na APS; logo, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações com ações compartilhadas e ações de saúde centradas no usuário. Nesse cenário, o matriciamento ou apoio matricial (AM) deve ser efetivado.^{2,12,13}

O AM é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção

a problemas de saúde.¹² Inicialmente, o AM se difundiu pelo território por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Posteriormente, através da Nota Técnica N° 10/2023,¹³ transformou-se em equipe multiprofissional na APS (e-Multi).^{13,14} As e-Multi são compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada à equipe da APS, ofertando a retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico.^{13,15}

Os atendimentos e intervenções conjuntas entre a equipe e-Multi e alguns profissionais da ESF, assim como a assistência específica do núcleo de saber do apoiador individual ou em grupo, constituem exemplos de ações englobadas na retaguarda assistencial. O apoio técnico-pedagógico acontece por meio de apoio educativo com e para as equipes e materializa-se por meio do compartilhamento de problemas, troca de saberes e práticas entre os profissionais, facilitando futuras ações de saúde, auxiliando no diagnóstico da comunidade e ampliando o escopo da prática clínica.^{13,16,17} Além disso, tal prática se mostra positiva por criar vínculos profissionais através de encontros produtivos entre as equipes, integração do processo saúde-doença, instituição de projetos terapêuticos coletivos e apoio à descentralização e corresponsabilização pela saúde.^{14,18,19}

O fisioterapeuta é um dos profissionais que mais aparece na composição da equipe multiprofissional do NASF-AB²⁰ e deve compor a e-Multi.¹⁵ Esse profissional vem desempenhando papel ascendente na APS por meio da prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde,²¹ e também deve atuar na lógica do AM buscando construir e ativar espaços para a comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento com os profissionais da ESF.^{21,22}

O trabalho dos fisioterapeutas e dos ACS está atrelado um ao outro. As duas profissões colaboram entre si para a resolução das situações de saúde encontradas na rotina de trabalho. No entanto, ainda é pouco conhecida a ampla atuação do fisioterapeuta no cuidado à saúde da população, considerando a equipe da APS.^{8,22} Usufruindo da recente inserção deste profissional diretamente na ESF,³ faz-se oportuno que estudos com metodologias robustas sejam realizados para fortalecer o cuidado integral à saúde com a inclusão da assistência fisioterapêutica neste nível de atenção. Considerando que os ACS são responsáveis por identificar demandas de

saúde durante a visita domiciliar e levá-las até a equipe, é desejado que tais profissionais sejam esclarecidos sobre as diversas formas de atuação da fisioterapia na APS. Sendo assim, e beneficiando-se desta ideia, este estudo propõe a investigação da efetividade do AM sobre o nível de conhecimento dos ACS em relação à atuação da fisioterapia na APS.

Métodos

Trata-se de um estudo quase-experimental, não randomizado, com avaliação pré e pós-intervenção alicerçada no AM da fisioterapia aos ACS. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucurí (CAAE 55071521.0.0000.5108, parecer nº 5.557.474). Na linha de base do estudo, os objetivos, riscos, benefícios e voluntariedade da participação foram esclarecidos e os ACS assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Cenário do estudo

O município de realização do estudo, localizado na mesorregião do Vale do Jequitinhonha, apresenta área territorial de 952 km² de extensão e aproximadamente 4.156 habitantes. Além disso, conta com cobertura de 100% pela ESF e dispõe de duas equipes de saúde da família e uma Unidade Básica de Saúde. O local atende todos os usuários da zona urbana e rural, além de acomodar em sua estrutura física as equipes e atividades de saúde da família e primeiros socorros.^{23,24} O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,620.²³ Os casos que necessitam de cuidados de maior complexidade são encaminhados para uma cidade referência da microrregional, localizada a 72,3 km.

Em relação aos serviços de fisioterapia, o município conta com um polo de academia da saúde e uma clínica municipal de reabilitação, com a presença de dois profissionais fisioterapeutas que não foram envolvidos diretamente na pesquisa.

A condução das atividades do estudo foi realizada por uma profissional fisioterapeuta, especialista em saúde coletiva, com experiência prévia de atuação em academia da saúde, não vinculada aos serviços ofertados pelo município.

Amostra

Respeitando os critérios de elegibilidade, para participar do estudo era necessário atuar como ACS vinculado à ESF do município e aceitar colaborar com a pesquisa. Os critérios de exclusão incluíram férias ou licença médica no período da intervenção. Ao final do estudo, frequência inferior a 75% nos encontros presenciais e respostas incompletas aos questionários foram consideradas perdas.

A amostra foi constituída por 13 ACS, divididos em duas equipes. Inicialmente, a primeira equipe (n = 7) foi liberada para as oficinas de AM, constituindo o grupo intervenção (GI). Consequentemente, a outra equipe (n = 6) compôs o grupo controle (GC). A seleção dos grupos foi realizada com base na disponibilidade de horários na agenda dos ACS para participarem da capacitação.

Instrumentos e coleta de dados

Os participantes da pesquisa foram convidados a responder três instrumentos: 1) questionário semiestruturado com dados sociodemográficos contendo informações pessoais e relacionadas ao trabalho; 2) questionário estruturado, validado e denominado "Condições de saúde sensíveis à intervenção da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde";²⁴ 3) inquérito semiestruturado de investigação de encaminhamentos para a fisioterapia.

O segundo instrumento era composto por 20 questões com situações hipotéticas abordando condições de saúde sensíveis à intervenção da fisioterapia na APS. Todos os enunciados começavam com "Ao chegar a um domicílio...", simulando uma possível visita domiciliar. As situações de saúde apresentadas eram divididas em quatro eixos temáticos: materno-infantil, saúde do adulto, saúde do idoso e distúrbios musculoesqueléticos. As opções de resposta contaram com questões fechadas, que se repetiam para todas as perguntas e apresentavam três possibilidades: a identificação de riscos que são possivelmente resolvidos na APS pelo manejo do fisioterapeuta (14 questões), riscos que não são resolvidos na APS e necessitam encaminhamento para outros níveis de complexidade (2 questões) e situações que não oferecem riscos para a saúde do usuário (4 questões). Apenas uma das opções de resposta deveria ser assinalada. Segue um exemplo de questão e as opções de resposta:

Ao chegar a um domicílio em uma visita de rotina, após um tempo de conversa, a moradora começa a tossir e, constrangida, relata que perdeu urina, sendo essa uma situação frequente.

a) Não percebo riscos nas condições de saúde do morador, pois trata-se de uma situação normal.

b) Percebo riscos nas condições de saúde do morador, que não são rotineiramente resolvidos na APS.

c) Percebo riscos nas condições de saúde do morador, que podem ser resolvidos na APS, e levarei o caso para a equipe.

No terceiro instrumento, elaborado pelos autores, o ACS foi questionado se em sua área de abrangência havia possíveis casos de alterações infantis, de incontinência urinária, tonturas, alterações venosas, riscos oferecidos pelo trabalho e riscos de quedas entre os idosos passíveis de encaminhamento para o fisioterapeuta na APS. Os ACS deveriam marcar as opções "sim" ou "não" e, em seguida, deveriam descrever a quantidade de usuários na condição supracitada.

Após a aplicação dos instrumentos, informou-se ao GI sobre a sua participação nas oficinas do AM, enquanto o GC, inicialmente, não receberia intervenção. Após a realização das oficinas de AM, na linha final do estudo, houve a reavaliação das duas equipes. Após o encerramento da pesquisa, o AM foi oferecido para a equipe Beta.

Para a análise das respostas foram criados índices de percepção de risco (IPR), com a finalidade de qualificar as respostas dos ACS. Para cada um dos ACS foram calculados os IPR, considerando a proporção de acertos em relação ao total de questões em cada área, expressa em porcentagem, com valor máximo de 1,0. Foram considerados IPR à saúde do idoso (IPRI) os aspectos elencados nas questões 2, 10, 16, 18 e 20; IPR relacionado à saúde materno-infantil (IPRMI), os aspectos elencados nas questões 3, 11 e 19; IPR à saúde do adulto (IPRA), os aspectos elencados nas questões 1, 4, 6 e 13; IPR nas distúrbios musculoesqueléticos (IPRDM), os aspectos elencados nas questões 5, 9, 14 e 17. O IPR total considerado correspondeu à média aritmética dos índices IPRI, IPRMI, IPRA e IPRDM: IPR = número de acertos/ total de questões no eixo temático.

Intervenção

As oficinas de AM foram realizadas na sala de reuniões da unidade de saúde de trabalho dos profissionais no horário de expediente. Foram realizados

quatro encontros em dias consecutivos, com quatro horas presenciais e duas horas de atividades para serem realizadas em casa. Os temas e dinâmicas abordados estão detalhados no Quadro 1. Como processo de

aprendizagem, metodologias ativas foram utilizadas e foram abordadas formas de identificação, prevenção, reabilitação e possível manejo de usuários com condições sensíveis à atuação da fisioterapia na APS.

Quadro 1 - Conteúdo e cronograma das oficinas de apoio matricial (temas e dinâmicas abordados nas oficinas)

Eixo temático	Foco teórico I	Estratégias didáticas I	Foco teórico II	Estratégias didáticas II	Para casa
Saúde da criança	Vigilância do desenvolvimento infantil	- Vídeos ilustrativos dos marcos do desenvolvimento infantil; - Vídeos ilustrativos do desenvolvimento típico e atípico	Afecções respiratórias	- Simulação da respiração bucal com utilização do pregador de roupas no nariz; - Jogo temático dos sete erros com imagens de repercussões da respiração oral	Análise da caderneta de saúde da criança
Saúde da mulher	- Mulher como múltiplas funções e seus cuidados; - Assoalho pélvico (AP) e incontinência urinária (IU)	- Imagens com o assoalho pélvico feminino e masculino - Simulação do funcionamento do assoalho pélvico com balão; - Mitos e verdades	Gestação e suas repercussões	- Exercícios para fortalecimento do AP - Exercícios preparatórios para o parto e posicionamento do bebê dentro do útero	Identificação de casos clínicos de mulheres e homens (familiares ou amigos) que apresentam IU
Saúde do adulto	Doença venosa crônica	- Imagens com os estágios da doença; - Avaliação de um participante voluntário; - Demonstração de exercícios; - Caça-palavras	- Saúde do trabalhador; - Dores musculoesqueléticas	- Encenação de casos; - Exercícios e alongamentos laborais, posturas de trabalho que previnem a dor	Identificação de casos clínicos
Saúde do idoso	- Processo do envelhecimento e doenças mais frequentes; - Riscos de queda	Simulação de dificuldades vividas pelos idosos com a redução dos sentidos	Alterações do sistema vestibular	- Simulação da vertigem com um voluntário; - Exercícios de estimulação labiríntica	Identificação de casos clínicos

Análise de dados

Utilizou-se o software estatístico SPSS versão 22.0 e realizou-se análise descritiva para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão das variáveis contínuas. Utilizou-se o teste Shapiro-Wilk para verificar normalidade das variáveis contínuas. Testou-se a hipótese de que o AM realizado pela fisioterapia é capaz de aumentar a percepção dos ACS no que diz respeito à atuação da fisioterapia na APS. Por conseguinte, os IPR foram comparados antes e após o período de intervenção em ambos os grupos pelo teste de Wilcoxon, e entre GI e GC pelo teste de Mann-Whitney, considerando $p \leq 0,05$.

Resultados

Participaram da pesquisa 13 ACS, sendo 53% do sexo masculino, com média de idade de $43,2 \pm 10,7$ anos e tempo médio de atuação na profissão de $16,3 \pm 6,9$ anos. Aproximadamente 70% da amostra atuava e morava na zona rural e possuía ensino de nível médio (Tabela 1). Os grupos foram semelhantes quanto ao sexo, idade, zona de moradia e atuação e foram diferentes quanto ao tempo de atuação e escolaridade. Todos os participantes relataram já ter realizado cursos de capacitação e realizaram em média quatro cursos. Durante a realização do estudo não aconteceram perdas de voluntários e a frequência nas capacitações foi de 100%.

Tabela 1 - Características demográficas dos grupos controle (GC) e intervenção (GI) na linha de base do estudo

Variável	GC (n = 6)	GI (n = 7)	Valor-p
Sexo			
Feminino	2 (33,3)	4 (57,1)	0,54
Masculino	4 (66,7)	3 (42,9)	
Idade	43 ± 10	43 ± 11	0,74
Zona			
Urbana	2(33,3)	2 (28,6)	0,74
Rural	4 (66,7)	5 (71,4)	
Escolaridade			
Ensino médio	3 (50,0)	6 (85,7)	0,04 *
Ensino superior	3 (50,0)	1 (14,3)	
Tempo de atuação	16 ± 4	15 ± 8	0,01*

Nota: Dados expressos em n (%), exceto para idade (anos) e tempo de atuação (anos), expressos em média ± desvio-padrão. *p ≤ 0,05.

Os IPR à saúde sensível à atuação da fisioterapia, separados pelos eixos temáticos, e a identificação de casos de condições de saúde a serem encaminhados para a fisioterapia no início e no final do estudo podem ser visualizados na Tabela 2.

Ao analisar a linha de base do estudo quanto à percepção de riscos encontrados nas questões, pode-se perceber que ambos os grupos foram semelhantes. Ainda na linha de base, a identificação do risco de quedas em idosos apresentou-se significativamente menor no GI (p = 0,023). Não houve identificação de casos de incontinência urinária pelos integrantes do GC, enquanto no GI houve um pequeno número de identificações, apresentando diferença estatisticamente significativa (p = 0,001).

Em relação à identificação de crianças a serem encaminhadas para a fisioterapia na APS, não houve a identificação de casos em ambos os grupos (Tabela 2).

Tabela 2 - Índices de percepção de risco à saúde sensível à atuação da fisioterapia e identificação de casos de condições de saúde a serem encaminhados para a fisioterapia antes e depois das oficinas de apoio matricial

Condições	Antes das oficinas de apoio matricial						p
	Grupo controle (n = 6)			Grupo intervenção (n = 7)			
	1	2	3	1	2	3	
IPRDM	0,5	0,5 - 1,0	0,60 ± 0,08	0,7	0,2 - 1,0	0,70 ± 1,11	0,24
IPRI	0,8	0,4 - 1,0	0,70 ± 1,11	0,6	0,2 - 1,0	0,60 ± 0,11	0,60
IPRA	0,7	0,5 - 1,0	0,70 ± 0,06	0,7	0,5 - 1,0	0,80 ± 0,08	0,15
IPRMI	1,0	0,0 - 1,0	0,70 ± 0,18	0,6	0,0 - 1,0	0,70 ± 0,14	0,48
IDAV	1,5	0,0 - 3,0	1,30 ± 0,49	2,0	0,0 - 4,0	2,10 ± 0,50	0,95
IDRQ	2,0	0,0 - 10,0	3,80 ± 1,68	2,0	0,0 - 5,0	1,70 ± 0,71	0,02*
IDST	3,0	0,0 - 15,0	4,60 ± 2,24	5,0	4,0 - 25,0	11,00 ± 3,36	0,06
IDAVC	1,0	0,0 - 3,0	1,20 ± 0,54	3,0	0,0 - 4,0	2,40 ± 0,68	0,35
IDIU	0,0	0,0 - 0,0	0,00 ± 0,00	0,0	0,0 - 2,0	0,60 ± 0,29	0,01*
IDAI	0,0	0,0 - 0,0	0,00 ± 0,00	0,0	0,0 - 0,0	0,00 ± 0,00	0,00
Depois das oficinas de apoio matricial							
IPRDM	0,6	0,0 - 1,0	0,50 ± 0,36	1,0	0,7 - 1,0	0,90 ± 0,13	0,03*
IPRI	0,6	0,2 - 1,0	0,50 ± 0,32	0,8	0,6 - 1,0	0,80 ± 0,17	0,21
IPRA	0,5	0,5 - 0,7	0,60 ± 0,12	0,7	0,7 - 1,0	0,80 ± 0,12	0,74
IPRMI	0,7	0,3 - 1,0	0,70 ± 0,25	1,0	0,6 - 1,0	0,90 ± 0,12	0,14
IDAV	2,5	1,0 - 5,0	2,80 ± 1,47	5,0	1,0 - 6,0	4,10 ± 1,67	0,84
IDRQ	10,0	0,0 - 25,0	10,80 ± 8,40	10,0	4,0 - 30,0	13,40 ± 8,20	0,96
IDST	2,5	2,0 - 12,0	4,30 ± 3,90	5,0	3,0 - 8,0	5,70 ± 1,97	0,29
IDAVC	3,0	0,0 - 8,0	3,20 ± 3,12	4,0	3,0 - 10,0	5,40 ± 2,87	0,83
IDIU	0,0	0,0 - 2,0	0,50 ± 0,83	3,0	1,0 - 20,0	5,60 ± 6,47	0,10
IDAI	2,0	0,0 - 3,0	1,70 ± 1,50	3,0	1,0 - 15,0	5,60 ± 5,53	0,01*

Nota: Índice de percepção de risco nas desordens musculoesqueléticas (IPRDM), saúde do idoso (IPRI), saúde do adulto (IPRA) e saúde materno-infantil (IPRMI); identificação de alterações vestibulares (IDAV), risco de quedas (IDRQ), saúde do trabalhador (IDST), alterações venosas crônicas (IDAVC), incontinência urinária (IDIU) e alterações infantis (IDAI). *p ≤ 0,05.

Observou-se diferença significativa entre os ACS que participaram das oficinas de AM quando comparados com os que não participaram em relação ao IPRDM ($p = 0,032$) e na identificação de casos de alterações infantis em seu território de abrangência ($p = 0,012$). Em relação ao inquérito de identificação de demandas para fisioterapia na APS em sua área de abrangência, o GI foi capaz de perceber um número maior de possíveis casos a serem encaminhados para o tratamento com a fisioterapia em todos os itens questionados (Tabela 2).

Ao comparar os mesmos participantes antes e após a intervenção, obteve-se aumento estatisticamente significativo no IPRSI no GI e piora do IPRSA no GC, conforme apresentado na Figura 1.

Além disso, observou-se maior identificação de usuários com possíveis alterações vestibulares ($p = 0,05$), alterações venosas ($p = 0,05$), risco de quedas ($p = 0,02$) e incontinência urinária ($p = 0,02$) em relação às respostas antes da intervenção no grupo que participou do AM (Figura 2).

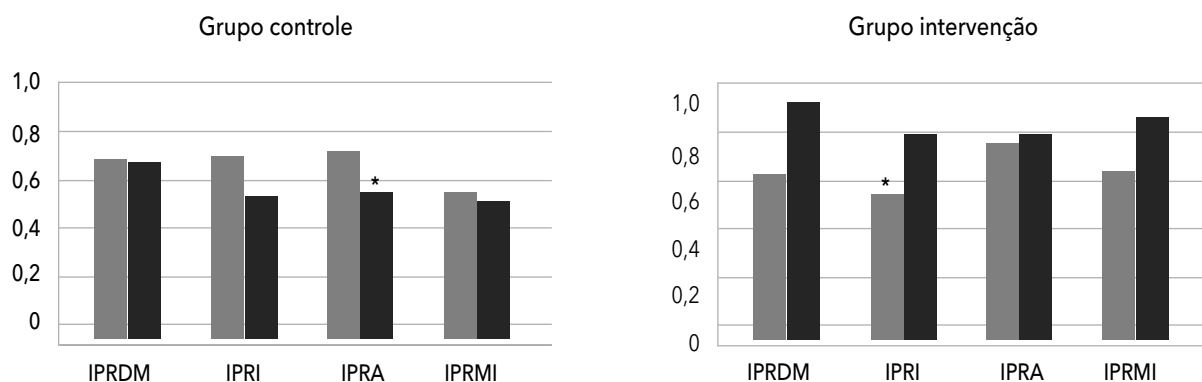


Figura 1 - Índices de percepção de risco pré (colunas cinzas) e pós-intervenção (colunas pretas) intragrupo.

Nota: Índice de percepção de risco nas desordens musculoesqueléticas (IPRDM), saúde do idoso (IPRI), saúde do adulto (IPRA) e saúde materno-infantil (IPRMI). * $p \leq 0,05$.

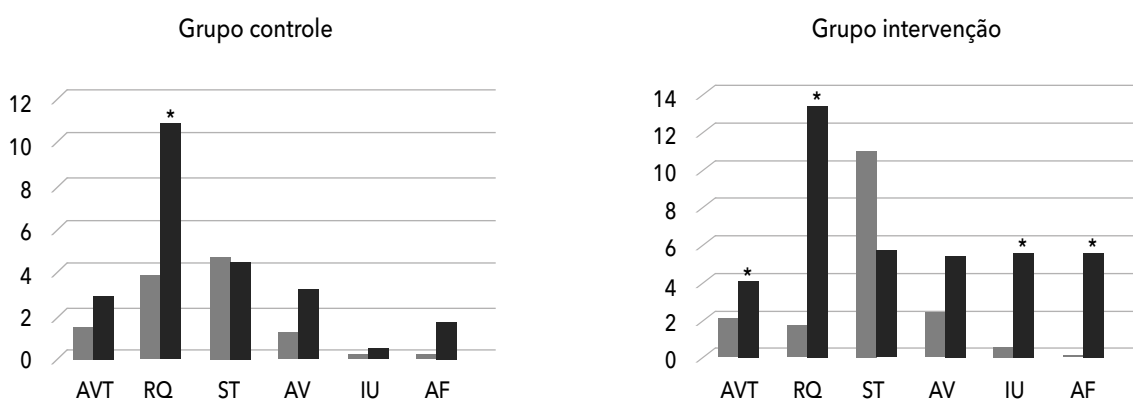


Figura 2 - Análise intragrupo da identificação de possíveis casos a serem encaminhados para a fisioterapia na Atenção Primária à Saúde pré (colunas cinzas) e pós-intervenção (colunas pretas).

Nota: *Diferença estatisticamente significativa entre os momentos pré e pós-intervenção ($p \leq 0,05$). AVT = alterações vestibulares; RQ = risco de quedas; ST = saúde do trabalhador; AV = alterações venosas; IU = incontinência urinária; AF = alterações infantis.

Discussão

O presente estudo demonstrou que o AM foi efetivo no que tange à maior percepção dos ACS em relação às condições de saúde sensíveis à intervenção da fisioterapia na APS. Durante a prática foi possível realizar construção conjunta de saberes e diretrizes de cuidados entre os profissionais da ESF e os fisioterapeutas (apoiadores matriciais).¹⁴ Os agentes foram esclarecidos quanto ao acionamento do apoio dos fisioterapeutas na APS, assim como sobre as possibilidades de atuação deste especialista no nível de atenção.

Optou-se por um delineamento quase-experimental por ser este um desenho de pesquisa de campo viável para o município sede do estudo. Embora os indivíduos não tenham sido randomizados aos grupos intervenção e controle, as variáveis sexo, idade e zona de atuação foram semelhantes. Os integrantes do GC, no entanto, apresentaram maior tempo de atuação e escolaridade. Apesar da diferença encontrada, os ACS, em sua maioria, apresentavam mais de uma década de atuação no cargo e preenchiam os requisitos mínimos de escolaridade (69% com ensino médio). A literatura sugere que a grande maioria dos ACS não tem formação superior e sua experiência decorre, majoritariamente, do seu tempo de atuação na função e na comunidade. Uma revisão sistemática sobre o perfil do ACS em vários países identificou três padrões principais na formação, sendo: 1) indivíduos com pouca /nenhuma educação formal e que passaram por algumas semanas de treinamento para o trabalho; 2) indivíduos com ensino médio, com algum curso de qualificação; e 3) indivíduos com ensino médio e que apresentaram qualificação de meses ou mais de um ano para a realização do trabalho.²⁵ Não diferente, no Brasil, estudos apontam que a maioria dos ACS apresenta ensino médio completo para a atuação no cargo.^{26,27} Vale ressaltar que a legislação brasileira informa a necessidade de conclusão do ensino médio para o profissional, sendo também ofertado curso técnico para ACS e agentes comunitários de endemias, além do incentivo à educação continuada.⁵

Ao analisar os IPR sobre as condições de saúde sensíveis à intervenção da fisioterapia na APS, não foram encontradas diferenças entre o GI e GC na linha de base do estudo (Tabela 2). Sendo assim, os participantes do estudo possuíam conhecimentos semelhantes em relação aos temas saúde do idoso, saúde do adulto, saúde materno-infantil e desordens musculoesqueléticas,

o que não sofreu influência de outras formações recebidas no percurso desses trabalhadores. É comum encontrar relatos na literatura de processos formativos dirigidos aos ACS por enfermeiros,²⁸⁻³¹ psicólogos,³²⁻³⁴ fonoaudiólogos,^{35,36} odontólogos,³⁷ bem como pela equipe multiprofissional integrante do NASF-AB,³⁸ no entanto sem a especificação dos profissionais que realizaram o estudo. Ademais, as publicações descrevendo formações lideradas por fisioterapeutas são menos encontradas,^{39,40} sendo possível observar a existência de uma concepção do profissional fisioterapeuta restrita ao universo da reabilitação com atendimentos individuais e domiciliares.^{41,42}

Após o AM foi possível perceber um aumento do conhecimento mensurado pelos IPR em todos os eixos abordados pelo AM por parte dos participantes do GI quando comparados com o GC (Tabela 2). No entanto, o único índice que aumentou foi o de desordens musculoesqueléticas, o qual compreendeu situações envolvendo dores crônicas, como as artroses e tendinites, doença venosa crônica e temas relacionados à saúde do trabalhador. Pode ter ocorrido uma contaminação de um grupo com o outro, já que os que os mesmos trabalham juntos e não se mantiveram afastados nos horários não compreendidos pela intervenção.

Em relação ao IPRMI, observou-se aumento significativo ao analisar os valores antes e depois da intervenção (Tabela 2). Em nota técnica elaborada pelo Ministério da Saúde, em 2018,⁴³ sobre a saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, há a inserção das atribuições do fisioterapeuta e o incentivo ao compartilhamento do cuidado, no entanto, o profissional não é citado nos cadernos de Atenção ao Pré-natal, que são amplamente utilizados nas Unidades Básicas de Saúde. Nessa perspectiva, estudos apontam a necessidade de capacitação sobre o assunto, já que este é um importante aliado na estratégia de saúde à gestante.⁴⁴

No que tange à saúde da criança, foram abordados os principais marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, a saúde respiratória e as alterações posturais, sendo utilizada a Caderneta de Saúde da Criança, já que o instrumento é parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Os resultados estão em consonância com a literatura ao observar-se que geralmente o profissional ACS apresenta insegurança nos itens abordados na caderneta, reforçando a necessidade de capacitação sobre as diversas temáticas encontradas e sobre o trabalho multiprofissional na APS.³¹

Após o AM observou-se aumento na percepção do IPRSI por parte dos integrantes do GI quando comparados com o GC (Tabela 2). Os profissionais apresentaram maior familiaridade nos assuntos referentes à hipertensão e diabetes, fato que se justifica pela alta prevalência dessas condições de saúde entre os usuários.² Outras condições, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), alterações vestibulares e fatores relacionados aos riscos de queda revelaram-se menos familiares para os ACS. A DPOC está entre as principais causas de morbidade e mortalidade no país,⁴⁵ bem como as vestibulopatias são altamente encontradas na APS, afetando negativamente a qualidade de vida dos usuários⁴⁶ e podendo o fisioterapeuta ser um importante aliado para a prevenção e condução dos casos.

Quanto à identificação dos casos de incontinência urinária, essa não aconteceu no GC e poucos casos foram citados pelos participantes do GI, o que pode ser justificado pelo fato de muitas pessoas acharem normal a perda de urina, tendo a falsa impressão de haver pouca ou nenhuma demanda e também por desconhecerem os tipos de tratamento, não relacionando a fisioterapia com tal patologia.⁴⁷

Na comparação dos IPR do mesmo grupo na linha de base do estudo e na reavaliação, observa-se que houve aumento considerável nos IPR e assuntos relacionados à saúde do idoso, e maior identificação de casos de alterações venosas, risco de quedas, alterações vestibulares, alterações infantis e incontinência urinária, o que confirma que o AM é essencial para aumentar o conhecimento em saúde entre as equipes.¹³ Além das informações apresentadas, observou-se uma pequena redução nos IPR do GC na reavaliação, diferença não estatisticamente significativa, que poder se justificativa por uma variabilidade natural, ou seja, flutuações aleatórias nos dados.

A essência desta pesquisa foi realizar a interação dialógica entre os profissionais de fisioterapia (atenção secundária) e os agentes comunitários de saúde (atenção primária) no que tange às ações que podem ser trabalhadas na APS, ampliando as possibilidades de aumentar a efetividade do trabalho em saúde. Observou-se que as oficinas de AM da fisioterapia para os ACS apresentam-se como um forte dispositivo de trabalho, capaz de gerar conhecimento em saúde, possibilitando a identificação de casos e gerando, se necessário, um plano terapêutico.^{13,16}

Destaca-se como limitação deste estudo o número de voluntários, visto que foi realizado em um município de pequeno porte. Este fato leva à inspiração de que estudos com um número maior de participantes sejam realizados para confrontar os resultados encontrados. Outro ponto a ser citado é o desenho do estudo, sendo sugerida a realização de um ensaio clínico randomizado. Vale ressaltar que as oficinas aconteceram em horário de expediente e em local de trabalho dos profissionais, havendo a possibilidade de compartilhamento de informações por parte dos integrantes do GI, no entanto, os mesmos foram orientados a manter sigilo sobre todas as atividades e assuntos abordados antes do início das atividades.

Conclusão

O presente estudo, apesar das limitações, é importante por apontar efeitos positivos do AM para as equipes de APS. A intervenção apresentou efetividade na sensibilização do olhar dos ACS sobre as condições de saúde possíveis de serem trabalhadas pela fisioterapia na APS, e mostrou-se frutuoso ao compartilhar um ambiente onde houve trocas de saberes entre as classes profissionais. Logo, espera-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas a fim de comprovar o efeito positivo do AM realizado pela fisioterapia para a equipe de APS, bem como assegurar o seu papel no primeiro nível de atenção.

Contribuição dos autores

SMNB e GBMS trabalharam na investigação e coleta de dados, análise formal, metodologia e redação do rascunho original. ACB e DFMV trabalharam na metodologia, análise dos dados e revisão do manuscrito. HSC e JNS foram responsáveis pela supervisão, revisão e administração do projeto. Todos os autores aprovaram a versão final.

Referências

1. Brasil. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial da União; 2011. [Link](#)

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: Diário Oficial da União; 2017. [Link](#)
3. Brasil. Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021. Inclui o fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia saúde de família. Brasil: Diário Oficial da União; 29 out 2021. [Link](#)
4. Brasil. Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 40 p. [Link](#)
5. Brasil. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições [...] dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasil: Diário Oficial da União; 18 abr 2018. [Link](#)
6. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado [...] e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasil: Diário Oficial da União; 6 out 2006. [Link](#)
7. Domingues CC, Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M. Potencialidades do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Braz Rev Bras Pesq Saude*. 2018;20(4):145-54. [Link](#)
8. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saude Publica*. 2018;52:14. [DOI](#)
9. Piccinini Ca, Neves R. A saúde bate à sua porta: olhares sobre a prática dos Agentes Comunitários de Saúde. In: Paulon S, Neves R, editores. *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina; 2013. p. 83-98.
10. Cordeiro L, Soares CB. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(11):3581-8. [DOI](#)
11. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(1):259-68. [Link](#)
12. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 116 p. [Link](#)
13. Brasil. Nota Técnica nº 10/2023. Diretrizes para Reorganização das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2023. [Link](#)
14. Brito GEG, Forte FDS, Freire JCG, Moreira LB, Paredes SO, Silva SLA. Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2022;27(6):2495-508. [DOI](#)
15. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):399-407. [DOI](#)
16. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. *Saude Debate*. 2017;41(114):694-706. [DOI](#)
17. Iglesias A, Avellar LZ. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(4):1247-55. [DOI](#)
18. Maia LC, Colares TFB, Morais EN, Costa SM, Caldeira AP. Impact of matrix support on older adults in primary care: randomized community trial. *Rev Saude Publica*. 2021;55:10. [DOI](#)
19. Gouveia AO, Paes CLA, Santos VRC, Ferreira IP. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: Uma revisão integrativa da literatura. *Res Soc Develop*. 2021;10(5):e26610514483. [DOI](#)
20. Tomasi ARP, Rizzotto MLF. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. *Saude Debate*. 2013;37(98):427-36. [DOI](#)
21. Ferreira LT, Ferretti F, Teo CRPA, Pivetta HMF. Professional training in physiotherapy: primary care practices. *Fisioter Mov*. 2020;33:e003346. [DOI](#)
22. Bim CR, Carvalho BG, Trelha CS, Ribeiro KSQS, Baduy RS, González AD. Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. *Fisioter Mov*. 2021;34:e34109. [DOI](#)
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados preliminares, Senador Modestino Gonçalves, Minas Gerais. IBGE; 2017 [acesso 24 jul 2023]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yey47xvk>

24. Brasil. E-Gestor Informação e Gestão da Atenção Básica. Unidades Geográficas: Senador Modestino Gonçalves; E-Gestor; 2020 [acesso 24 jul 2023]. Disponível em: <https://tinyurl.com/5y8k7faf>
25. Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N. Who is a community health worker? - A systematic review of definitions. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1272223. DOI
26. Castro TA, Davoglio RS, Nascimento AAJ, Santos KJS, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cad Saude Colet*. 2017;25(3):294-301. DOI
27. Melo e Lima CC, Fernandes TF, Caldeira AP. Work context and the occupational health cost for community health workers. *Cien Saude Colet*. 2022;27(8):3181-92. DOI
28. Amaral MCS, Pontes AGV, Vale e Silva J. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface*. 2014;18(Supl. 2):1547-58. DOI
29. Queiroz DM, Silva MRF, Oliveira LC. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. *Interface*. 2014;18(Supl. 2):1199-211. DOI
30. Almeida AOS, Oliveira AMB, Martins ACGS, Costa NP, Martins TS, Pereira NML, et al. O conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o calendário vacinal infantil. *Res Soc Develop*. 2021;10(7):e30010716591. DOI
31. Vieira CL, Silva VB, Parmejiani EP, Cavalcante DFB, Souza MHN, Stipp MAC. Community Health Agents and child health care: implications for continuing education. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210544. DOI
32. Klein AP, d'Oliveira AFPL. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2017;33(1):e00158815. DOI
33. Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, Moreira CP. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface*. 2018;22(66):801-12. DOI
34. Secco AC, Rodrigues PM, Ledur CS, Zanatta E, Mozzaquatro CO, Arpini DM. Educação permanente em saúde para agentes comunitários: um projeto de promoção de saúde. *Gerais Rev Interinst Psicol*. 2020;13(1):e130108. DOI
35. Lopes NC, Vieira GASS, Pena SRB, Lemos SMA. Agentes comunitários de saúde: mapeamento de conhecimento antes e após oficinas de instrumentalização. *Rev CEFAC*. 2015;17(3):683-94. DOI
36. Castro TTO, Zucki F. Training of Community Health Agents in health hearing children: current perspectives. *Codas*. 2015;27(6):616-22. DOI
37. Sass AL, Hugo FN, Silva AH, Corralo DJ, Trentin MS. Building oral health assignments for community health workers through the Delphi technique. *Cien Saude Colet*. 2021;26(3):1063-75. DOI
38. Moreira DC, Soares DA, Castro CP, Bispo Jr JP. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários. *Physis*. 2019;29(3):e290304. DOI
39. Abreu ES, Aviz LBN, Duarte NS, Ramos EC, Castro AS, Campos JS, et al. Vivência acadêmica na capacitação de agentes comunitários de saúde em papiloma vírus humano e câncer de colo de útero. *Braz J Hea Rev*. 2020;3(4):8468-74. DOI
40. Aviz LBN, Castro AS, Abreu ES, Fonte CL, Cruz de Maria ES, Dias GAS, et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde para promoção da saúde da mulher na Amazônia. *Rev CPAQV*. 2020;12(2):1-9. DOI
41. Fernandes JAE, Gomes MMF, Sousa BS, Marães VRFS. Workplaces occupied by physiotherapists: less demand for primary care. *Cien Saude Colet*. 2022;27(6):2175-86. DOI
42. Lima LG, Carvalho VL. O papel do fisioterapeuta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família: percepção da equipe multiprofissional. *Saude Redes*. 2020;6(3):129-41. DOI
43. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2019. 56 p. [Link](#)

44. Boeira JTR, Silva YP, Furlanetto MP. O papel da fisioterapia pélvica na atenção primária à gestante: uma revisão integrativa. *Fisioter Bras.* 2021;22(6):912-30. [DOI](#)

45. Cruz MM, Pereira M. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Cien Saude Colet.* 2020;25(11):4547-57. [DOI](#)

46. Thomazi ABO, Waholtz RGK, Baldissera C, Silva KCV, Santos Filha VAV. Impacto da tontura na qualidade de vida de idosas ativas. *Braz J Hea Rev.* 2022;5(1):219-27. [DOI](#)

47. Silva LT, Nunes EFC, Latorre GFS. O conhecimento de mulheres sobre incontinência urinária e atuação da fisioterapia: revisão sistemática. *Rev Baiana Saude Publica.* 2019;43(3):641-52. [DOI](#)