

A CONTRIBUIÇÃO DO FISIOTERAPEUTA PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA REVISÃO DA LITERATURA

Andrea Maria Pinheiro Borges^{*}
Viviane Aparecida Martins Mana Salício^{**}
Maria Amélia Nascimento Braga Gonçalves^{**}
Margarete Lovato^{**}

RESUMO

Introdução: *Com intuito de melhorar a saúde do cidadão brasileiro, surge em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com a proposta de reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. O PSF surge com o intuito de melhorar a saúde do cidadão brasileiro; respeitando as diretrizes do SUS, utilizando um modelo de assistência integral com a promoção da saúde familiar. Com a implantação do PSF é que se viu a necessidade e importância da inserção do fisioterapeuta na equipe. **Objetivo:** Demonstrar por meio de uma revisão bibliográfica a contribuição do Fisioterapeuta para o PSF. **Metodologia:** Este trabalho consiste de uma revisão de literatura no qual os artigos foram pesquisados de forma sistemática no período de fevereiro a outubro de 2009. **Discussão:** A realidade da inclusão do fisioterapeuta no PSF ainda é limitada em algumas regiões. Contudo, a população das regiões beneficiadas demonstra grande satisfação quanto aos serviços prestados por estes profissionais. Experiências isoladas em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção deste profissional enriquece e desenvolve ainda mais os cuidados de saúde da população. **Considerações finais:** A presença do fisioterapeuta na comunidade se torna relevante na medida em que contribui para a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde obedecendo assim os princípios do atual modelo de saúde.*

PALAVRAS-CHAVE

programa de saúde da família, equipe de saúde da família, fisioterapia e atenção básica

* Discente do curso de Fisioterapia da Universidade de Cuiabá.

** Docente do curso de Fisioterapia da Universidade de Cuiabá.

THE CONTRIBUTION OF PHYSIOTHERAPY TO THE PROGRAM OF FAMILY HEALTH – A REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT

Introduction: *Aiming improving the Brazilian citizen's health, in 1994 is created the "O Programa de Saúde da Família" (Family Health Program - FHP), with the purpose of re-guiding the assisting model, through the implementation of multi-professional teams in basic health units. The FHP was born with the aim of improving the Brazilian citizen's health; respecting the SUS's (Unique Health System) guidelines, using a full assisting model with the improving of family health. By the FHP implementation was noticed the importance of the insertion of a physiotherapist in the team.*

Objectives: *Show through a bibliographic revision the Physiotherapist's contribution to the FHP. Methodology:* *This work is consisted by a literature review where the articles were researched through a systematic way during the period from February to October 2009. Discussion:* *The physiotherapist inclusion reality in the FHP is still restricted in some regions. Nevertheless, the benefitted regions' population show great contentment with the services done by these professionals. Isolated experiences in some Brazilian regions show that the insertion of this professional enriches and develops even more the population's health care. Conclusion:* *The presence of the physiotherapist in the community becomes relevant while it contributes for the health's promotion, prevention, rehabilitation and maintenance obeying this way the principles of the current health model.*

KEYWORDS

*family health program, family health team,
physiotherapy and basic attention*

Introdução

Em meados do século XX, houve a necessidade de expansão e melhoramento nos atendimentos oferecidos à população, no sentido de transformar o modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para um modelo assistencial promotor da saúde,

preventivo e, principalmente incluindo a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais de saúde ⁽¹⁾.

Em Março de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, percebeu-se a necessidade evidente de modificações no setor da saúde, responsabilizando o Estado pela garantia de saúde a todo cidadão brasileiro ⁽²⁾. Na constituição de 1988, o Ministério da Saúde assume o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados ⁽³⁾.

Com intuito de melhorar a saúde do cidadão brasileiro, surge em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com a proposta de reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoções de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade. Desde seu surgimento, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, porém para ser sustentada necessita de um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida ⁽⁴⁾.

O PSF é desenvolvido de acordo com as características e problemas de cada localidade para atender à saúde do indivíduo e da família dentro do contexto da comunidade e elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população ⁽⁵⁾.

O PSF, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e a promoção da saúde familiar. Com a implantação do PSF observou-se a necessidade e importância da inserção do fisioterapeuta na equipe, visando maior promoção e prevenção da saúde, melhorando assim a qualidade de vida ⁽⁶⁾.

A Atenção Primária 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 e a manutenção da saúde. 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 responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social⁽⁷⁾.

Hoje o fisioterapeuta é um membro da equipe da saúde com sólida formação científica, que atua desenvolvendo ações de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação, utilizando nessas ações, programas de orientações e promoção da saúde, além de agentes físicos como o movimento, a água, o calor, o frio e a eletricidade⁽⁸⁾.

A participação do fisioterapeuta é essencial para que o usuário do SUS entenda que a fisioterapia não possui apenas a função reparadora, mas também contribui de maneira resolutiva na saúde funcional de cada cidadão, através de uma atuação preventiva, a fim de diminuir o número de leitos e custos para o tratamento da população⁽⁹⁾.

O PSF revela-se como o espaço ideal para a inserção da Fisioterapia na atenção básica, principalmente por considerar o usuário na integralidade, envolvendo questões relacionadas à saúde como moradia, saneamento básico, renda, lazer, acesso aos serviços de saúde, não estando limitado apenas à doença, mas sim tendo como foco a saúde e a qualidade de vida⁽¹⁰⁾. Com objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde da família, atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à popula-

ção em geral, a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos seus princípios e diretrizes fundamentais. O impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita, deve ser a preocupação de permeiar todo processo de implantação dessa estratégia. Recomenda-se que uma equipe seja responsável, no âmbito de abrangência da unidade básica, por uma área onde residam 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sócio-política e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como: densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros fatores considerados de relevância social⁽¹¹⁾.

Portanto, mais do que recuperar e curar pessoas é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva⁽¹²⁾.

Uma das principais dificuldades encontradas com respeito à inserção do Fisioterapeuta, não apenas na Equipe de Saúde da Família (ESF), mas na Saúde Pública de uma forma geral, diz respeito à formação inicial e à criação da profissão, que apresentava um caráter reabilitador, com atuação na atenção terciária, enraizada devido à grande demanda inicial por reabilitação, inerente a história da criação do curso⁽¹³⁾.

Visando investigar os benefícios da atuação fisioterapêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em diferentes regiões brasileiras, o presente trabalho tem por objetivo investigar por meio de uma revisão bibliográfica a contribuição do Fisioterapeuta para o PSF.

Metodologia

Este trabalho consiste de uma revisão de literatura de artigos científicos, livros e periódicos datados de 1986 a 2008, pesquisados em bases de dados – BIREME e para a seleção dos artigos foram utilizadas palavras chave como: Programa de Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família, Fisioterapia e Atenção Básica. Também foi utilizada a base de dados do Ministério da Saúde, disponibilizada pelo *site* oficial desse órgão e revistas

eletrônicas do Conselho Federal e Regionais de Fisioterapia. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2009.

Discussão

Segundo RIBEIRO (2002), a forma como o Fisioterapeuta vem se inserindo na rede pública de saúde sofre influência do seu surgimento, pois teve sua gênese e evolução caracterizada pela atuação na reabilitação. Desta forma, excluíram da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esses serviços. Atualmente as competências esperadas na formação do fisioterapeuta, apontam para um profissional que se insira nos três níveis de atenção à saúde, inclusive na atenção básica, recuperando a funcionalidade e prevenindo disfunções cinético-funcionais. Em um estudo realizado por este autor sobre um levantamento de experiências da atuação da fisioterapia na atenção primária a saúde realizada nas comunidades periféricas do município de João Pessoa, mostrou que esta tem se caracterizado primordialmente por atividades relacionadas à reabilitação por ser a necessidade mais premente da população, e a função mais conhecida do fisioterapeuta^(14,15). No entanto, no município de Uberlândia (MG) o fisioterapeuta atua na prevenção e na fase curativa. A prevenção é realizada em grupos, onde o fisioterapeuta realiza orientações quanto à postura, preparo para o parto em gestantes, participando também de programas de hanseníase, prevenção de incapacidade, grupos de lombalgia e hipertensão⁽¹⁶⁾.

Em Pernambuco, o primeiro município a implantar o PSF em 1994 foi Camaragibe, constituindo-se em referência nacional aos programas de atenção básica. Nesse município foi desenvolvido um programa de assistência a pessoas com deficiência criando-se um núcleo de reabilitação conduzido por dois fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos, um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um neurologista⁽¹⁷⁾. Em Camaragibe (PE) o fisioterapeuta está inserido em duas equipes do PSF, nas regiões mais populosas, e no Núcleo de Reabilitação. A

jornada do fisioterapeuta é dividida entre ambulatório e visitas domiciliares. Além do atendimento individual, atua-se em grupos coletivos de prevenção na UBS^(18,19).

SANTANA (2001) relata que as equipes do PSF deverão abordar toda a população de maneira ativa, indo ao domicílio/trabalho/escola onde estão os cidadãos. Como encontrado neste estudo, o fisioterapeuta tem desenvolvido assistências em outros locais (asilo, creches e escolas), e aponta para a valorização das visitas domiciliares no PSF e os trabalhos com grupos operativos. Esse foi um ponto também observado por TRAD *et. al* (2002), quando a visita domiciliar foi a atividade mais destacada pelos usuários. Estes autores consideram que a visita traz ao profissional de saúde a possibilidade de novas portas de entrada na vida cotidiana da população, além do poder de influência quanto às medidas e comportamentos de saúde a serem adotados^(20,21,22).

Já em Santarém (PA), o fisioterapeuta está presente na Secretaria Municipal de Saúde de forma incipiente, atuando em nível hospitalar, e quando há necessidade da presença do fisioterapeuta em alguma equipe do PSF, este profissional trabalha junto à equipe. Na zona rural, alguns pacientes que antes necessitavam ser encaminhados à capital passaram a ser atendidos em suas comunidades⁽²³⁾.

No Rio de Janeiro, fisioterapeutas do Instituto Fernandes Figueira (IFF), ligado à Fiocruz, participam do Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (PADI). O programa segue uma orientação multiprofissional, realizando visitas a comunidades dos subúrbios da cidade ou da baixada fluminense. O modelo de atendimento é voltado à criança, buscando-se o envolvimento do profissional com a família-paciente⁽²⁴⁾.

Até o ano 2000, os fisioterapeutas da cidade de Sobral (CE) exerciam suas funções apenas em hospitais e clínicas conveniadas com o SUS; após o trabalho realizado por uma fisioterapeuta em atendimentos domiciliares quando solicitada pela ESF é que o profissional fisioterapeuta foi inserido no PSF neste município. O fisioterapeuta realiza a Escola de Postura, baseada na prevenção e tratamento das algias da coluna, atua em grupos de gestantes, de

hipertensos, diabéticos e de hansenianos, além de atendimentos a pacientes com necessidades especiais como portadores de sequelas de Acidente Vascular Encefálico, Traumatismo Crânio Encefálico, Traumatismo Raqui-medular e amputados. O trabalho multiprofissional e, por vezes, interdisciplinar, é um dos pontos relevantes da inserção do fisioterapeuta no PSF em Sobral^(25,26).

Já em Macaé (MG), a inserção do fisioterapeuta no PSF teve início em 2001 e desenvolve atividades de educação junto à comunidade e atendimentos nas áreas de Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto e do Idoso, além de atendimento a pacientes acamados. Utiliza-se a própria Unidade de Saúde ou locais cedidos pela comunidade e os atendimentos são realizados individualmente ou em grupos⁽²⁷⁾.

A Fisioterapia no PSF em Londrina também atua em grupos de idosos, diabéticos e hipertensos. Por meio de atividades como alongamentos e caminhadas procura-se melhorar a qualidade de vida da população e prevenir agravos à saúde. A atividade física busca também auxiliar no controle glicêmico e na pressão arterial sistêmica. Apesar da importância dessas atividades, ainda não são realizadas em todas as Unidades Básicas de Saúde⁽²⁸⁾.

SAMPAIO (2002) relata uma experiência vivenciada em Natal – RN, onde a Fisioterapia atua junto à população diabética, controlando níveis glicêmicos por meio de exercícios aeróbicos e aquáticos. A mesma autora ressalta a importância da atuação na prevenção de neuropatias periféricas e na promoção do bem estar por intermédio de atividades de lazer e recreação⁽²⁹⁾.

De acordo com REBELATO (1999), o profissional para atuar no PSF deve ser capaz de adaptar-se a situações novas⁽³⁰⁾. PEREIRA *et. al* (2004) especificam que o fisioterapeuta deve ter a habilidade de adaptar ações e instrumentos terapêuticos de acordo com recursos disponíveis na comunidade. O profissional fisioterapeuta na equipe de saúde da família realiza também atividades educativas, como palestras, onde necessita de habilidade em comunicação, além da necessidade de prover orientações diversas^(26,31).

Já para SIMÕES E FÁVERO (2000), a competência em liderança é importante para o profissional, pois esta cria oportu-

nidades para a inovação, levando à implantação de mudanças⁽³²⁾. A formação em Fisioterapia tem como responsabilidade formar um profissional competente em liderança e segundo PEREIRA *et. al* (2004) faz parte das atribuições do fisioterapeuta na ESF a capacidade de liderança e tomada de decisões⁽²⁶⁾.

Estão entre as atribuições do PSF a atenção à criança, à mulher e ao idoso e assistência as doenças como hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose, havendo para cada programa ações específicas de atenção à saúde. A fisioterapia oferece suporte adequado em nível de atenção primária complementando de forma integrada estes programas⁽³³⁾.

Nos hipertensos e diabéticos, além de orientações para o autocuidado, monitoramento frequente da pressão arterial e caminhada, o papel do fisioterapeuta é importante naqueles usuários cujas condições clínicas ou outras complicações exijam um acompanhamento especial. Nos casos de Diabetes Mellitus, o trabalho em grupo traz benefícios para esses indivíduos, promovendo a saúde através de orientações quanto aos cuidados a serem tomados em relação a alterações de sensibilidade, especialmente nos membros inferiores, importância da realização de atividade física freqüente⁽³⁴⁾. Nos grupos, podem ser realizados exercícios respiratórios, de reequilíbrio muscular, proprioceptivos, equilíbrio e coordenação motora, além da hidroterapia nos casos indicados⁽³⁵⁾.

Em indivíduos portadores de hanseníase o fisioterapeuta atua realizando a avaliação dermato-neurológica e determinando o grau de incapacidade e também promovendo o autocuidado para que sejam evitadas complicações, inclusive as que levam às limitações físicas⁽³⁴⁾.

Segundo TONIN (2004), o profissional fisioterapeuta está habilitado a atuar na Atenção Básica e várias conquistas neste âmbito já foram alcançadas. Também discutiu a possibilidade de uma negação da Integralidade e Universalização na Atenção Básica com a ausência desta categoria profissional⁽³⁶⁾.

A integralização deste profissional faz reforçar os paradigmas que permeiam o PSF. A atuação do fisioterapeuta nas UBS e

nos domicílios vai além da atenção direta ao paciente, mantendo contato com a família, propondo a educação e capacitação dos membros da família para os cuidados com o paciente ⁽³⁷⁾.

Hoje a presença escassa do Fisioterapeuta no PSF é questionada. Sob o ponto de vista crítico, seria de suma importância a inserção deste profissional no programa, com o objetivo de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das diversas enfermidades. Esses profissionais devem se identificar com a proposta de trabalho do PSF, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupos, tendo cada um que conhecer os limites de competências e a responsabilidade operacional como profissional e sua inserção nas atividades da equipe ⁽³⁸⁾.

O PSF busca exatamente o desenvolvimento de uma assistência integral, com ênfase na proteção e promoção à saúde, em conformidade com as diretrizes do SUS ⁽³⁹⁾. A ênfase na prevenção e promoção é vista também como importante instrumento de controle de gastos. A ausência da Fisioterapia no SUS comprometeria a integralidade da assistência à medida que não seria possível atender a todas as necessidades da população. Alguns autores questionam como a assistência na estratégia de Saúde da Família pode ser integral com uma equipe multiprofissional composta por poucos profissionais, a exclusão do fisioterapeuta, por exemplo, comprometeria essa integralidade ⁽⁴⁰⁾.

Considerações Finais

Este estudo demonstrou a relevância da atuação do Fisioterapeuta no contexto da saúde pública, sobretudo sob a ótica de uma prática voltada à promoção e prevenção da saúde, tendo em vista a integralidade da atenção e da assistência como propõe o PSF. A presença do fisioterapeuta na Unidade de Saúde da Família torna-se relevante na medida em que contribui para a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde, obedecendo assim os princípios do atual modelo de saúde.

A realidade da inclusão do fisioterapeuta no PSF ainda é limitada em algumas regiões brasileiras. Contudo, a população das re-

giões beneficiadas demonstra grande satisfação quanto aos serviços prestados por estes profissionais. Experiências isoladas em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção deste profissional enriquece e desenvolve ainda mais os cuidados de saúde da população.

Observou-se durante a revisão bibliográfica a escassez de publicações que quantifiquem os resultados da inserção do Fisioterapeuta no PSF, sugerem-se novas pesquisas de campo, de modo a identificar as contribuições do profissional Fisioterapeuta no atual modelo de assistência à saúde no Brasil.

Neste contexto, verificou-se que o profissional Fisioterapeuta vem adquirindo crescente participação na atenção primária à saúde, entretanto, sua inserção nesses serviços ainda é um processo em construção.

Referência Bibliográfica

01- VEIGA, A.C; NEVES, C.A.S.; MONTAGNA P.; KANDA S.S. e; VALENÇA S.S. *Atuação do fisioterapeuta na unidade básica de saúde*. Fisioter Bras 2004; 3: 246-49.

02- Ministério da Saúde - Relatórios do Conselho Nacional de Saúde- 8^o Conferência Nacional de Saúde/ Relatório Final-1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

03- SILVA D.W.; TRELHA C.S.; ALMEIDA M.J. Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da família. *Olho Mágico* 2005; 12(1): 15-19

04- MINISTÉRIO DA SAÚDE/Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica/Saúde da Família - Brasil 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

05- DOMINGUEZ B.N.R. *O Programa de Saúde da Família – como fazer*. São Paulo: Parma;1998

06- COSTA N.; MENEZES, M. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

07- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica PNAB / Minis-

tério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

08- DELIBERATO, P. C. P. *Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações*. Barueri: Manole, 2002.

09- PLOSZAJ A. SUS: Fisioterapia ou reabilitação? *Fisio Brasil* 2002, 6(56): 13-13

10- BRANDÃO, A.C.S. et. al, A fisioterapia na atenção básica: atuação com gestantes em caráter coletivo, *Revista Fisioterapia Brasil – V. 9 – N. 2 – março/abril de 2008*

11- NETO C.; MENEZES; M. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

12- BARROS, F. B. M., organizador. *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002.

13- RAGASSON C.P.A., ALMEIDA D.C.S., COMPARIN K., MISCHIATI M.F., GOMES J. T. *Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir da prática profissional*. Acessado em: 10 out. 2008.

14- RIBEIRO, K. S. Q. S. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde-reflexões a partir de uma experiência universitária. *Rev. Fisioterapia Brasil*, Pernambuco, v.3, n.5, p.311-318, Set./Out.2002.

15- PIANCASTELLI, C. H. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: Smud, B. K. G. *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Pernambuco: Ministério da Saúde, 2001. Cap. 6, p. 121-137.

16- Uberlândia: Saúde Pública na Rotina das Pessoas. O COFFITO, São Paulo, n. 5, p. 13-20, dez.1999.

17- Camaragibe (Pernambuco). Secretária de Saúde. Reabilitação e Saúde na Família. *Jornal Camaragibe*, 2000.

18- Camaragibe: O milagre da Simplicidade. O COFFITO, São Paulo, n. 10, p.10-13, mar. 2001a.

19- Camaragibe: Modelo de Atenção voltado à Família. O COFFITO, São Paulo, n. 10, p. 14-17, mar. 2001b.

- 20- SANTANA, M. L.; Carmagnani, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Rev. Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.10, n.1, p.1-25, Jan./Jul.2001.
- 21- SOUZA, P.C.S. A fisioterapia e a construção de novos saberes e práticas a partir do Programa de saúde da Família. In; *Revista Crefito 2*. Edição 19, maio/junho, 2006.
- 22- TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3): 581-589, 2002.
- 23- Santarém: em busca da saúde, na terra e na água. *O COFFITO*, São Paulo, n. 7, p. 10-15, jun. 2000a.
- 24- Instituto Fernandes Figueira, assistência domiciliar: uma questão de respeito social. *O COFFITO*, São Paulo, n. 12, p. 4-9, set. 2001d.
- 25- Sobral. Escola de Posturas: resolutividade do ato fisioterapêutico. *O COFFITO*, São Paulo, n. 18, p. 14-21, mar. 2003a.
- 26- PEREIRA, F. W. A. et al. A Inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. *Sonare*, Sobral, ano 5, n.1, p.93-100, fev./mar. 2004.
- 27- Programa de Saúde da Família em Macaé. *O COFFITO*, São Paulo, n. 18,p. 20-21, mar. 2003c.
- 28- Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Família no município de Londrina. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.
- 29- SAMPAIO, R.F. A experiência em Belo Horizonte. In: Barros F.B.M. *O fisioterapeuta na saúde da população: Atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002; p.11-15.
- 30- REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- 31- TESSEROLLI, S. L. *A Inserção do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família*. Monografia (Especialização). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2003.

- 32- SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. Aprendizagem da Liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. *Revista latino-americana de enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 91-96, jul. 2000.
- 33- COSTA Neto N.M da. A Implantação da Unidade da Saúde da Família. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde; 2000.
- 34- AGUIAR R.G de. Conhecimentos e atitudes sobre a atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP); 2005. Disponível em: Acessado em: 20 out.2006.
- 35- FREITAS, M. S. A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora. In: BARROS, F. B. M. (org) *O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p.17-27.
- 36- TONIN, P. A. *Experiências, possibilidades e desafios para a Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura*. Monografia (Especialização) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. 2004.
- 37- FELÍCIO D.N.L.; FRANCO A.L.V.; TORQUATO M.E.A.; ABDON A.P.V. Atuação do Fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: A efetividade sob a visão do cuidador. *Rev. Bras. em Promoção da Saúde* 2005; 18 (2): 64-69.
- 38- SOUZA R.A.; CARVALHO A. M. *Programa de Saúde de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia*. Estudo Psicológico. 2003; 8 (3): 515.
- 39- PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. cap. 3, p. 17 21.
- 40- TRELHA, C. S.; SANTOS, R. B. A comunidade como sala de aula: experiência de nove anos do curso de fisioterapia em um projeto multiprofissional e interdisciplinar. Curitiba. Fisioterapia em movimento, Curitiba, v.16, n. 1, p. 41-46, jan./mar. 2003.