

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

LÍVIA CRISTINA VIANA SILVA LIMA

**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF): um relato de experiência**

São Luís
2016

LÍVIA CRISTINA VIANA SILVA LIMA

**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF): um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aos cursos de especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade Laboro para obtenção do título de especialista em Saúde Pública e Saúde da Família.

Orientador (a): Prof^a Dra. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2016

Lima, Livia Cristina Viana Silva

O papel do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):
Um relato de experiência /Livia Cristina Viana Silva Lima -. São Luís,2016.

Impresso por computador (fotocópia)

27 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família. -. 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Elinor Alves Gama

1. NASF. 2. Fisioterapia. 3. Estratégia de Saúde da Família. I. Título.

CDU:614.2:615.8

LÍVIA CRISTINA VIANA SILVA LIMA

**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF): um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aos cursos de especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade Laboro para obtenção do título de especialista em Saúde Pública e Saúde da Família.

Orientador (a): Profª Dra. Mônica Elinor Alves Gama.

Aprovado (a) em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo/ USP

1ºExaminador(a)

2ºExaminador(a)

À Deus pelo dom da vida, pela oportunidade de ter me concedido ser fisioterapeuta e através disso aperfeiçoar minhas humanidades.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida, por me fazer humana e pela sua imerecida graça e misericórdia.

Aos meus pais por ensinarem o caminho correto e pelo esforço para me conduzirem sempre em bons ensinamentos e educação.

À minha irmã pela sabedoria em suportar minhas angústias e intempéries.

Ao meu querido e amado noivo por seu apoio incontestável, pela paciência em me acolher e escutar nas adversidades e por seu amor.

Aos amigos e familiares, por terem suportado e compreendido minhas ausências no transcorrer desta trajetória.

Aos meus queridos e amados pacientes por me ensinarem a me tornar um ser humano melhor.

À professora Dra Mônica Gama por sua sábia orientação.

“A fisioterapia encontra na corporeidade e na bioética os elementos necessários para definir o seu ser e o seu modo de fazer. A corporeidade é responsável pela sua invenção. Foram os apelos da fenomenologia corporal que inspiraram a criação da fisioterapia [...] A semântica, que trata do significado da palavra fisioterapia, pode começar pela sua etimologia [...] Physis, cuja tradução mais correta é natureza, ainda que a mais utilizada seja física; e therapéia, que se traduz por terapia, cujo significado habitual é cuidado e cura de doenças [...] Da mesma maneira, therapéia, antes de ser definida como cuidado ou cura, ela significa ‘Servir a Deus’.”

Silvino Santin

RESUMO

Abordagem sobre o papel do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Utilizou-se o método descritivo com observação-participante na modalidade relato de experiência. As atividades laborais foram desenvolvidas pela autora na oportunidade de um trabalho temporário em um NASF de um determinado município do Maranhão. Tais atividades ocorreram no período de agosto de 2014 a fevereiro de 2015. Os resultados mostraram que o fisioterapeuta era um dos profissionais mais solicitados na Estratégia de Saúde da Família, entretanto, por possuir apenas um único profissional desta categoria no município, o processo de trabalho no NASF era dificultado. Além disso, a demanda reprimida de pacientes carentes de reabilitação não era resolvida e refletia sempre para o núcleo, o que dificultava o apoio matricial e o desenvolvimento de melhorias nas ações de promoção em saúde. A formação estreitamente clínica/reabilitativa/curativa do fisioterapeuta contribuía significativamente para essas questões, fragilizando a flexibilidade e redimensionamento do seu papel na atenção primária em saúde, necessitando sempre de grandes tecnologias para sua atuação, e nem sempre permitindo a atenção integral à população.

Palavras-chave: NASF; Fisioterapia; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Approaching on the physiotherapist role in the Support Nuclei Family Health (NASF). Was a used the descriptive method with participant observation on the experience of reporting mode. The laboral activities were developed by the author in a temporary job opportunity in a NASF in a city of the Maranhão state. These activities took place from August 2014 to February 2015. The results showed that the physiotherapist were one of the most requested in the Estratégia de Saúde da Família (ESF – Family Health Strategy), however, for having only one professional of this category, the working process in the NASF was difficult. Moreover, the repressed demand of the needy patients of rehabilitation were not solved and it reflected always to the nucleus, which difficult the matrix support and the development of improvements in the promotion of health actions. The strait clinical, rehabilitative, curative formation of the physiotherapist contributed significantly for these questions, weakening flexibility and the resizing of his role in primary health care, needing always of great technologies for this performance, and not always allowing him give the integral care to the population.

Keywords: NASF; Physiotherapy; Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	13
3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	13
3.1 Descrição do local	13
3.2 Resultados	14
4 DISCUSSÃO	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

A temática família vem sendo alvo de grandes discussões nos últimos anos, sendo conceituada por alguns autores como uma “unidade social aproximadamente conectada ao paciente pelo amor, podendo ou não ter laços legais ou de consaguinidade”. Assim, enquanto elemento deste universo deve-se levar em conta não somente as necessidades daquele sujeito, mas do entorno do qual o paciente está inserido (LOPES; MARCON, 2012).

Ainda em concordância com Lopes; Marcon (2012), de acordo com as experiências vivenciadas, a família constrói saberes e práticas, significados e significantes provenientes do contexto sociocultural e ambiente em que estão inseridos. A partir da constituição de novas famílias, cada indivíduo leva consigo valores aprendidos em sua família de origem, influenciando diretamente em circunstâncias de doença, onde são compartilhados diversos saberes e credences, tantos os que foram trazidos do núcleo de origem, quanto os aprendidos ao longo do processo de vida.

Desta forma, Santos et al. (2012) considera que o fenômeno saúde-doença não pode restringir-se unicamente à aparelhagem anatômica e fisiológica, mas deve se levar em consideração o conjunto de saberes, costumes e cultura que circundam o doente, a doença, o espaço e a família.

Seguindo a mesma lógica de entendimento, é necessário pontuar que a família se expressa como um grande facilitador no processo saúde-doença do paciente, pois de acordo com Bucher-Maluschke et al. (2014) na família se encontram estruturados os maiores vínculos afetivos e referenciais de apoio e segurança.

É justamente dentro desta perspectiva de maior vivência familiar que se orienta o programa de saúde da família (PSF). Sampaio (2010) considera o surgimento deste programa, enquanto uma reorganização das práticas assistenciais à saúde em substituição ao modelo biomédico tecnicista-hospitalocêntrico (centrado unicamente no médico e na doença, excluindo o indivíduo e a família enquanto um sujeito ativo, participante e possuidor de seus direitos).

Como fazem notar Barbosa et al. (2010), a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi considerado um grande marco para o Brasil, sendo resultante de uma das principais reformas sociais na última década do século XX. Dentre as diversas modificações que perpassaram o modelo de atenção à saúde no país, a Atenção Básica (AB) foi o grande “agente” modificador deste processo. AAB então pode ser definida como um conjunto de ações em que se inserem práticas de promoção, prevenção, diagnóstico,

tratamento e reabilitação do indivíduo ou coletividade, com todas as premissas preconizadas pelo SUS; onde a criação deste novo modelo passou a ser fortalecido à partir da criação do PSF.

O PSF então apresenta sua gênese no ano de 1994, sob a esfera do Ministério da Saúde como um novo modelo de assistência à saúde, à partir da AB, baseados nos princípios que regem o SUS (princípios da universalidade, equidade na atenção e integralidade das ações, voltado à constante defesa pela vida do ser humano, enquanto um ser integral). Como características principais do programa o atendimento passou a ser prestado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), próximo às casas das pessoas ou mesmo na própria casa, através de visitas domiciliares pelos profissionais da saúde. Frente à esta nova forma de cuidar e/ou prestar assistência muitos resultados positivos surgiram, à começar pelo melhor controle de determinadas doenças, pelo acompanhamento familiar e melhores intervenções na promoção, prevenção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2000; COSTA et al., 2010).

A percepção do Ministério da Saúde na expansão do PSF contribuiu para a consolidação do programa enquanto estratégia prioritária para a AB, a qual é expressa pela portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Logo em seguida, o PSF deixa de ser um programa, termo pelo qual dá a ideia de algo com início, desenvolvimento e término; e passa a ser nomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), não prevendo um tempo para a sua finalização, concedendo a ideia de continuidade (COSTA et al., 2010).

Nesta mesma linha de pensamento Barbosa et al. (2010) pontuam a ESF enquanto um verdadeiro espaço vivo, com populações específicas, problemas de saúde definidos possibilitando o diálogo aberto entre os diversos atores sociais envolvidos. Frente a tantas demandas singulares deste espaço, surge a necessidade de ampliação, de profissionais que estejam engajados não somente à resolução dos problemas de saúde de forma fragmentada, mas todo o contexto sócio-político-cultural que envolvem o sujeito/usuário. Contudo, considerando a melhor consolidação a estratégia de saúde da família, assistência de qualidade e resolubilidade da AB, criou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A criação do NASF deu-se por meio da portaria GM/MS nº 154 do dia 28 de Janeiro de 2008:

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica e estabelecer que NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

O NASF compõe-se de nove áreas estratégicas, a saber: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; alimentação e nutrição; saúde da mulher; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; serviço social; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. O mesmo deve ter sua atuação orientada de acordo com algumas das diretrizes relativas à APS (Atenção Primária em Saúde), as quais são: ação interdisciplinar e intersetorial, território, participação social, promoção da saúde, educação popular, humanização, educação permanente em saúde e integralidade (BRASIL, 2009).

Apesar de ser um organismo da atenção primária, os NASFs não se constituem enquanto porta de entrada no sistema, sua atuação deve ser de forma integrada e vinculada à rede de serviços de saúde, à partir da identificação de demandas, no trabalho conjunto com as ESFs, objetivando sempre estabelecer a integralidade no cuidado físico e mental dos usuários do SUS (BRASIL, 2011).

Bernadi (2013) pontua que os NASF foram instituídos em duas modalidades, (NASF1 e NASF 2). O NASF 1 é composto por no mínimo cinco profissionais de ocupações não coincidentes, dentre os profissionais que poderão compor esta equipe estão: médico acupunturista, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, ginecologista, médico homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Já o NASF 2 deve ser conter no mínimo três profissionais de ocupações não coincidentes, os quais poderão compor: assistente social, educador físico, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. A definição do elenco de profissionais é realizada pelo gestor do município, de acordo com as necessidades locais. Em ambas as equipes, o profissional fisioterapeuta poderá estar inserido.

A Fisioterapia é a ciência aplicada tendo como ênfase o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto em alterações patológicas, quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas. Seu objetivo principal é a prevenção, tratamento, manutenção ou restauração do organismo humano, nos diversos níveis de atenção à saúde. O fisioterapeuta é o profissional da área da saúde que está comprometido a prestar assistência do cuidado à população com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e reabilitando patologias e disfunções para melhor qualidade de vida do sujeito (BRASIL, 1987).

O redimensionamento do objeto de intervenção da Fisioterapia, indispensável na sua inclusão na saúde coletiva, orienta à promoção da saúde, necessitando desta forma de uma

revisão de seus fundamentos políticos e epistemológicos, no que diz respeito aos seus limites de atuação, ancorada em torno dos paradigmas biomédicos (RIBEIRO, 2013).

Por sua concepção curativista, a Fisioterapia orientou-se muito mais ao controle de danos, sempre voltado a prática reabilitativa destinada à cura de determinadas patologias ou a reabilitação de seqüelas propriamente dita. Destarte fazem-se insuficientes os diagnósticos da condição/situação de risco ao se tomar como parâmetro o fazer da Fisioterapia tradicional (BISPO JÚNIOR, 2013).

Os maiores desafios à prática do fisioterapeuta em saúde coletiva são fortemente alinhados à atuação na atenção primária em saúde. A reorientação de procedimentos, desenvolvimento de ações de promoção de saúde, necessidade de parceria com a população, são alguns destes desafios a serem mais bem superados. Contudo, o fortalecimento na reorientação de sua *práxis* é de grande relevância (RIBEIRO, 2013).

Entretanto, a modificação de modelos já instalados e em curso é um processo que exige muito tempo. Em relação à Fisioterapia especificamente, a maior dificuldade se dá na deficiência de complementação da regulamentação da profissão após o nascimento do SUS, no que diz respeito ao seu ato profissional neste campo (REZENDE et al., 2009).

Linhares et al. (2010), afirma que para maior efetividade de assistência a saúde integral do indivíduo, o fisioterapeuta necessita aperfeiçoar melhor seu papel, e objeto de atuação na ESF, corroborando para uma maior acessibilidade deste profissional à população.

Que instrumentos estão disponíveis aos profissionais da fisioterapia no enfrentamento das dificuldades e desafios no campo da saúde coletiva? Compreender e identificar as práticas e caminhos da fisioterapia na atenção primária em saúde, especificamente o NASF, é um desafio necessário a ser enfrentado para melhoria da profissão e contribuinte para uma melhor compreensão da prática fisioterapêutica voltada à promoção da saúde e prevenção de agravos e incapacidades na atenção básica em saúde, ou seja, um melhor aperfeiçoamento na atenção ao cuidado da população. Desta forma, se justifica o relato em pauta como contribuição de grande relevância para a *práxis* da fisioterapia em saúde coletiva.

2 OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada pelo fisioterapeuta em um núcleo de apoio à saúde da família.

3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

3.1 Descrição do Local

Por meio da secretaria municipal de saúde do município em relato, houve uma oportunidade de um trabalho temporário no núcleo de apoio à saúde da família deste local. Enquanto profissional fisioterapeuta e especializanda em saúde pública e saúde da família, era um grande desafio a ser enfrentado. A própria especialização rompia alguns parâmetros assistenciais aprendidos na formação de fisioterapeuta. Apesar da compreensão à cerca da organização do sistema único de saúde, não se tinha uma experiência prática desta teoria. Motivada por estas questões, profundo desejo de vivenciar uma experiência neste campo, alinhado à possibilidade do emprego, tornou-se possível a atuação no NASF.

O presente estudo possui caráter descritivo e observacional-participante do tipo relato de experiência, expõe a vivência da prática fisioterapêutica na atenção primária à saúde. As atividades laborais foram desenvolvidas pela autora na oportunidade de um trabalho temporário em um núcleo de apoio à saúde da família (NASF) de um determinado município do Maranhão. Tais atividades foram concebidas no período de agosto de 2014 a fevereiro de 2015; de segunda a sexta-feira; nos turnos matutino e vespertino, das 08:00 às 12:00 e 14:00 às 18:00 respectivamente.

O município possuía população aproximada de 14.218 habitantes e 17 comunidades tradicionais no entorno. Para atender às demandas locais, o mesmo dispunha de uma unidade mista de saúde, um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) tipo I, seis unidades básicas de saúde com seis equipes de estratégia de saúde da família (compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, médicos nativos e cubanos e cirurgiões-dentista) e um NASF tipo I com sete profissionais da saúde não coincidentes, sendo estes: fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico, nutricionista e fonoaudiólogo.

Os dados para a análise das atividades realizadas foram obtidos a partir da descrição das informações observacionais-participante e complementados com anotações

realizadas durante o período de trabalho. São descritas algumas experiências de intervenção, com destaque para as observações à cerca das atividades realizadas pelo fisioterapeuta.

3.2 Resultados

Inicialmente no primeiro dia das atividades foi apresentado à fisioterapeuta seu local de trabalho, o qual seria um ambulatório de fisioterapia inserido em uma unidade básica de saúde. Foi explicado pela coordenadora de atenção básica que suas ações precisariam ser divididas entre as intervenções do NASF (sendo caracterizado pelas visitas domiciliares e visitas escolares) e serviços ambulatoriais. O serviço de fisioterapia era dividido da seguinte forma: às segundas, quartas e sextas, eram oferecidos os serviços ambulatoriais e às terças e quintas eram as visitas domiciliares encaminhadas pelas enfermeiras responsáveis pela UBS respectiva à cada região do município.

Nos dois primeiros meses, as intervenções ambulatoriais eram realizadas em uma pequena sala destinada à fisioterapia, a qual dispunha de duas macas, uma bola de bobath, um aparelho TENS e um aparelho infravermelho. O tempo para o atendimento era relativamente curto para atender a demanda de pacientes, a qual era em média 20 pacientes por turno, totalizando 40 pacientes por dia. Muitas vezes o profissional terapeuta ocupacional e psicólogo atendia em conjunto com a fisioterapia, na mesma sala, e isso era algo que dificultava bastante o trabalho destes profissionais, pois a demanda aumentava e não havia espaço adequado para um bom atendimento ao paciente.

As ações da fisioterapia eram sempre compartilhadas com os demais profissionais que compunha a referida equipe. Era realizado um cronograma mensal, onde os profissionais faziam escalas alternadas, de maneira que pudesse haver a interação de todo o núcleo. Entretanto, não funcionava exatamente como a proposta do cronograma. Havia uma grande dificuldade do cronograma do NASF ser cumprido, por consequência principal de um único profissional estar vinculado à outros dispositivos ou área de atenção. As demandas de pacientes da fisioterapia eram muito altas para ser suprida por apenas um único profissional. É válido ressaltar que a carga horária de trabalho do profissional fisioterapeuta e demais profissionais do NASF nunca estavam alinhados, prejudicando o trabalho e as discussões em equipe. Famílias que deveriam ter um acompanhamento mensal eram revisitadas a cada dois ou três meses. Algumas reuniões do NASF foram realizadas juntamente com o gestor para resolução dos problemas observados por grande parte dos profissionais. O discurso do gestor sempre girava em torno da falta de recursos para o município, o que era impedimento para a

contratação de mais profissionais. Todos os profissionais da equipe, além de darem suporte no NASF e no ambulatório municipal de saúde, deveriam também dar suporte no CAPS, com exceção da fisioterapeuta e nutricionista.

Ao terceiro mês das atividades, foi proposta pela fisioterapeuta à enfermeira responsável pelo ambulatório sede, a formação de três grupos (tendo em vista as principais demandas locais), um grupo direcionado aos acompanhamentos gestacionais com todos os profissionais inseridos, um grupo de acompanhamento com mães à cerca das desordens neurológico-motoras na infância e desenvolvimento infantil e um grupo específico para idosos. Após uma reunião com toda a equipe do NASF e coordenação da atenção básica, a formação dos grupos coletivos foram aprovados.

O primeiro grupo a ser formado foi o de gestantes, onde a cada semana havia um ou dois profissionais do NASF realizando atividades coletivas. A fisioterapia fazia-se presente nas orientações posturais, exercícios que favoreciam o assoalho pélvico e melhora da dinâmica respiratória, exercícios de alongamento e relaxamento, bem como exercícios que facilitavam o retorno venoso e linfático, controlando o edema gerado no período. Incentivo ao aleitamento materno e cuidados com o bebê também eram temáticas desenvolvidas nos atendimentos coletivos. A nova forma de cuidar e orientar foi colocada em prática. As suas experiências gestacionais eram enaltecidas no encontro, havendo então a troca de saberes.

O segundo grupo contemplado com a atuação efetiva do NASF foram mães de crianças com déficits neurológicos, cognitivo e motor. O índice de crianças com encefalopatia crônica não progressiva e desordens motoras era alto, à partir disto foi criada esta iniciativa. Primigestas e multigestas também compunham este grupo. Era de proposta deste encontro ser realizado a cada dois ou três meses. Os profissionais envolvidos eram o fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro, nutricionista, educador físico e assistente social, entretanto estes três últimos profissionais não puderam comparecer. O tema do encontro foi nomeado como “Encontro de mães, gestantes e profissionais: discutindo o desenvolvimento neuropsicomotor da criança”. A Fisioterapia apresentava-se por meio dos diálogos com as mães sobre o desenvolvimento motor infantil, a importância da estimulação precoce, bem como os cuidados adequados à criança com necessidades especiais. A interação era muito boa, as mães tinham o espaço para serem ouvidas, partilhavam suas experiências e todos aprendiam de forma muito dinâmica. Infelizmente não houve possibilidades para outros encontros, decorrente à dificuldade para reunir todos os profissionais.

O terceiro grupo intitulado como “grupo renascer”, era voltado à toda a população idosa. De todos os grupos, este foi o único à perpetuar. Neste grupo, a equipe multidisciplinar

do NASF se fazia presente com temáticas relacionadas à cada respectiva área de atuação. Era desenvolvido dinâmicas de grupo, palestras sobre alimentação saudável, incentivo ao desenvolvimento de atividades criativas com atividades lúdicas, sexualidade na terceira idade, depressão no idoso, atividade física e qualidade de vida. A fisioterapia sempre destacava a importância da manutenção da prática de exercícios físicos, respeitando os limites funcionais, como também havia a preocupação dos idosos serem ouvidos à cerca da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

Neste mesmo espaço de tempo, tendo em vista a grande demanda de pacientes para a fisioterapia, fora construída uma sala maior na UBS sede do município com maior disposição de equipamentos fisioterapêuticos, entretanto não foi o bastante para solucionar o problema principal, visto que era inviável um único profissional atender centenas de pessoas na UBS sede, fazer as visitas domiciliares e atividades coletivas e os atendimentos em cada unidade de saúde de abrangência.

Para contemplar uma maior abrangência do apoio da fisioterapia às ESF, os dias da fisioterapia no ambulatório municipal foram reduzidos à dois dias na semana (às segundas e quintas-feiras) e os outros três dias da semana (terças, quartas e sextas) seriam exclusivos do NASF.

As visitas domiciliares eram bastante solicitadas, entretanto este tipo de atendimento acabava sendo dificultado pelos conflitos políticos-assistenciais existentes no município. A maior parte dos profissionais de saúde eram contratados pela “política do apadrinhamento”, isso dificultava qualquer questionamento ou tentativa resolução dos problemas com a saúde no município. Por medo de perderem seus empregos, muitos profissionais calavam-se e acabavam por não estimular o empoderamento da população nos seus direitos em saúde ou qualquer tipo de participação social.

As visitas domiciliares realizadas eram planejadas e agendadas por um agente comunitário em saúde (ACS) responsável pela área. Apesar da grande receptividade, acessibilidade e disponibilidade das famílias com o profissional fisioterapeuta, o grande responsável por este elo era notadamente o ACS. As práticas populares em saúde eram muito comuns entre as famílias, sendo este um grande desafio para o fisioterapeuta, que por sua própria origem de formação, traz consigo a herança prescritiva e estreitamente reabilitativa. As famílias residentes no município e nas comunidades quilombolas pertencentes ao mesmo eram bastante tradicionais e traziam consigo costumes e crenças de origem africanas muito peculiares e permanentes. O Fisioterapeuta necessitava ponderar todas estas questões em sua

abordagem com usuários. A escuta e o acolhimento eram grandes aliados no fortalecimento do vínculo entre o profissional, população e sistemas de saúde.

Dos pacientes atendidos pela fisioterapia, em sua grande maioria eram oriundos da saúde mental, que por referência eram acompanhados no CAPS do município. Entretanto não havia um vínculo formal entre o fisioterapeuta e a saúde mental, representada então pelo CAPS. Desta forma, a sua atuação neste outro campo tornava-se um tanto confusa. Como abordar um usuário da saúde mental enquanto fisioterapeuta? Como desenvolver um atendimento integral se as fragmentações eram reais e existentes? Estes eram os questionamentos feitos pelo fisioterapeuta frente aos desafios do cuidado integral. Havia uma boa comunicação entre os demais profissionais do NASF, os quais também eram profissionais do CAPS. A partir de diálogos e troca de saberes com outros profissionais, como também a escuta dos pacientes foi possível uma melhor consolidação do desempenho do profissional fisioterapeuta com os usuários da saúde mental.

As atividades do PSE (Programa de Saúde na Escola) eram realizadas em parceria com as ESF e NASF. A fisioterapia se fazia presente nas práticas corporais, avaliação postural e orientações com temáticas relacionadas à qualidade de vida, em crianças em idade pré-escolar (média entre 4 a 6 anos), crianças em idade escolar e pré-adolescentes (média de 7 a 12 anos). O papel da fisioterapia neste momento era desenvolvido e adequado a cada idade, por meio de atividades lúdicas e linguagem apropriada ao universo infanto-juvenil.

4 DISCUSSÃO

Para que haja compreensão à cerca das responsabilidades, desafios e real papel da Fisioterapia na sociedade fazem-se necessário antes de tudo, o conhecimento da organização social e perfil epidemiológico da população (BISPO JÚNIOR, 2013).

O ato de prevenir alinha-se diretamente com as competências e habilidades do fisioterapeuta, especificamente na atenção básica. Ações de educação popular e saúde, prevenção e assistência coletiva estão inclusas dentro das funções do fisioterapeuta (DAVID et al., 2013). Em concordância com o autor, Ribeiro (2015) denota a formação do profissional fisioterapeuta com multiplicidade de ações, atuando em todos os níveis de atenção à saúde, e atualmente como uma maior preocupação na formação profissional orientada para a atenção básica.

A organização dos processos de trabalho do NASF fundamenta-se em suas ações de suporte às equipes de saúde de família, de maneira participativa contribuindo para a

desconstrução da atenção fragmentada, oriundo do modelo assistencial vigorante e colaborando para a estruturação da atenção ao cuidado integral (SOUZA, et al. 2013). Silva (2012) pontua que o NASF, tendo como base a clínica ampliada, objetiva otimizar a qualidade do serviço e não unicamente suprir a demanda assistencial no aspecto numérico.

Em contrapartida, na experiência vivenciada, o tipo de atendimento mais recorrente, foi o clínico, ou seja, aquele realizado em ambulatório/consultório, quando equiparado às intervenções realizadas em domicílio e/ou compartilhado com outros profissionais. O desconhecimento das possibilidades de atuação do profissional fisioterapeuta no apoio matricial deste determinado município, gerava uma predominância da lógica de atenção centrada na doença e restritas intervenções reabilitativas/curativas. Desta forma, pode-se observar a dificuldade de entendimento dos objetivos da fisioterapia pautada no modelo de matriciamento.

Desta forma David et al. (2013) afirma que ainda há grandes dificuldades de entendimento do fisioterapeuta na atenção primária, tanto por decorrência da irrisória experiência profissional da fisioterapia neste campo, quanto as deficiências existentes nas grades curriculares na formação dos cursos de fisioterapia, prevalecendo essencialmente suas características curativas e reabilitadoras. Entretanto Ribeiro (2015) pontua que não cabe apenas ao profissional fisioterapeuta o entendimento de suas possibilidades e ações no NASF, o gestor deve também reconhecer o papel e as potencialidades deste profissional, para melhor direcionamento de suas práticas na atenção básica.

Em consonância com este pensamento de David et al. (2013), pode-se notar que o foco dos atendimentos clínicos e as poucas intervenções à nível de atenção domiciliar, discussões em equipe e atividades coletivas pode estar alinhada à própria formação profissional e concepção do processo saúde-doença. Oliveira; Rocha; Cutolo (2012) atribuem que com todas as tentativas de mudanças no processo de formação dos profissionais da saúde em geral, o modelo biologicista ainda é muito prevalente no meio acadêmico. As novas concepções do fazer clínico, alinhado à visão holística do sujeito e cuidado integral só será possível com modificações no modelo tradicional.

Delai e Wisniewski (2011) corroboram pontuando que os profissionais da saúde ainda encontram-se dentro da concepção de privilégio às abordagens individuais, curativas e hospitalocêntricas (seja no âmbito hospitalar ou clínico). O que os incapacita transcender e avançar para uma abordagem mais integralizadora. Entretanto para Rezende et al. (2009), é de suma importância que as funções dos profissionais da saúde sejam desenvolvidas tanto na

abordagem individual quanto coletiva. Ambas são primordiais para a atenção integral em saúde.

Para além de mudanças nas grades curriculares da fisioterapia, é necessário que haja um engajamento dos profissionais para atenção primária. A fisioterapia começa com a prevenção, seja na saúde pública ou privada. A vivência prática é o que de fato vivifica a teoria aprendida no ambiente acadêmico. O agir clínico do fisioterapeuta em suas dimensões reabilitativas/curativas não podem ser deixadas, tendo em vista a sua própria identidade profissional, entretanto há grandes necessidades de redimensionamento de suas ações de modo a não restringir-se apenas ao foco da doença. O NASF configura-se, portanto como um grande exercício da integralidade para o profissional da fisioterapia, especificamente. Pasquim e Arruda (2013) discutem que como característica específica de algo recém-criado o NASF possui muitos desafios, a serem enfrentados, entretanto ainda existem velhos entraves da saúde pública. Portanto, se não houver enfrentamento desses desafios haverá uma grande probabilidade do apoio matricial não cooperar com as transformações necessárias das práticas em saúde.

O vínculo e a responsabilização são fatores de grande importância para um cuidado integral e permanência do usuário no sistema de saúde. Oliveira; Rocha; Cutolo (2012), afirmam que ao se falar de cuidado, o vínculo é o elemento chave que está para além da escuta cedida ao usuário, sendo então a capacidade de tratar o usuário como um sujeito participante do seu processo, com medos, crenças e desejos envolvidos, para então à partir disto acolher e intervir em sua demanda. David et al. (2013) por sua vez afirma que o desenvolvimento do primeiro contato com a moradia do usuário sem a vinculação ao atendimento propriamente dito, é o que objetiva a visita domiciliar inicialmente, abrindo espaços para possíveis orientações e elencamento dos problemas sociais.

Todas estas questões foram clarificadas ao longo do processo das ações. O ACS era um grande facilitador nas ações do fisioterapeuta. Nesse sentido, Formiga e Ribeiro (2012) evidenciam que uma das estratégias de amplificar o cuidado fisioterapêutico se expressa na participação do ACS. O papel do ACS neste momento se dá à partir do elencamento das reais necessidades do usuário para o cuidado com o profissional fisioterapeuta, como também estimula e facilita a vinculação do fisioterapeuta com o indivíduo e a família.

O acesso da fisioterapia nos domicílios dos usuários era de grande responsabilidade do agente comunitário em saúde. Houve grandes aprendizados deste profissional com o fisioterapeuta, sendo este de grande importância para o desenvolvimento

de ações integrais e novas concepções do processo saúde-doença. Ribeiro (2013, p. 119) ainda pontua que o processo da reabilitação não se restringe apenas na recuperação motora, para, além disto, deve se objetivar a reinserção social. Desta forma, o autor ratifica o que já afirmava Rodriguez (2010) o qual pontua que todos os profissionais envolvidos na equipe de reabilitação (ou saúde funcional), em conjunto com as equipes de saúde da família, possuem como finalidade a inserção social do sujeito- desenvolvendo ações que objetivem a promoção da saúde, desempenhando papéis de agentes sociais dentro da nova perspectiva de trabalho em saúde.

No que se diz respeito à assistência fisioterapêutica Ribeiro (2013, p. 118) considera que não se pode ignorar a carência existente por reabilitação, sendo esta uma das ações mais demandadas pela equipe de saúde da família, que em grande parte são oriundas das dificuldades no acesso aos serviços especializados, alinhando-se então ao pensamento de Sousa (2011), que afirma a existência de uma grande demanda reprimida de pacientes à nível de atenção secundária, resultante da reduzida oferta de vagas nos serviços de saúde. Por decorrência desta insuficiência de profissionais, as demandas dos serviços secundários projetam-se para a atenção básica. O autor também considera que para além desta insuficiência de profissionais da fisioterapia, os locais que deveriam ser estruturados para esta assistência secundária não suprem a necessidade da população.

No que tange aos benefícios da fisioterapia coletiva à saúde da população, Pimentel (2012, p. 30) afirma que as múltiplas formas de atuação do fisioterapeuta no campo da saúde coletiva fortalecem e potencializam seu trabalho, tendo como resultado melhoria na qualidade e condições de vida dos diversos grupos populacionais assistidos. Neste sentido, Bispo Júnior (2013) ratifica que a atuação do fisioterapeuta na saúde coletiva perpassa por ações desenvolvidas em conjunto com o sujeito, a família e a comunidade, contribuindo então tanto para a ampliação da promoção em saúde, quanto no desenvolvimento de habilidades individuais e melhoria nas condições dignas de vida e saúde. Foram observações evidenciadas na experiência vivenciada nos grupos criados, inclusive era muito presente relatos de experiências de impacto positivo, em relação às medidas de prevenção (sobretudo nas falas das gestantes e idosos).

Em relação ao atendimento compartilhado no NASF, da maneira que foi vivenciado trazia muitas dificuldades nas intervenções. Principalmente pelo fato do usuário nem sempre sentir-se confortável para um atendimento desta forma. E havia muitas vezes a real necessidade de um trato individualizado. Pode-se observar um equívoco interpretativo por grande parte das equipes de saúde sobre este tipo de atendimento, pela própria

nomenclatura em si. Dentre algumas orientações expressas no caderno de atenção básica do NASF, esta é muito clara ao dizer que apesar do núcleo priorizar o atendimento compartilhado, não significa que os profissionais necessariamente precisem estar no mesmo espaço/tempo das ações (BRASIL, 2014, p. 18).

No âmbito da saúde mental houve muitas dificuldades a serem superadas na vivência de trabalho enquanto fisioterapeuta. Tais dificuldades possuem sua gênese desde a própria formação profissional segmentada. Os últimos anos tem sido palco de grandes mudanças para o novo fazer fisioterapêutico, entretanto, a atuação do fisioterapeuta na atenção básica no campo da saúde mental, mostra-se ainda muito tímida e com grandes necessidades de adaptações às novas demandas e realidade da população, como afirma Moraleida e Nunes (2013).

Barbosa e Silva (2013) corroboram enfatizando que mesmo após as lutas da reforma psiquiátrica brasileira, a saúde mental não é vista como prioridade, e os poucos estudos epidemiológicos na área e o não reconhecimento do fisioterapeuta nesta área de atuação contribuem ainda mais para este cenário. Os autores ainda pontuam que a fisioterapia enquanto ciência do movimento humano e estudo do ser humano de maneira integral (alterações patológicas, repercussões psíquicas e orgânicas), deve estar alinhada de maneira ampla com as necessidades individuais de cada sujeito. Desta forma, mesmo o fisioterapeuta não possuindo um vínculo unidirecional com a saúde mental, deve estar atualizado e ciente do seu papel nesta área sempre que houver demanda.

No contexto da atuação da fisioterapia na educação popular em saúde observado durante o relato, pode-se dizer que apesar de serem práticas desafiadoras e trabalhosas, sempre trouxeram grandes resultados. As orientações dadas às crianças no PSE, às mães, gestantes e idosos atendidos na abordagem coletiva, permitiam não somente a transmissão do conhecimento científico, como também havia espaço para a troca de experiências entre os usuários e o fisioterapeuta, sendo este então um grande fomentador para a participação popular. Como pontua Ribeiro (2013), a educação popular e a saúde são relações que se estabelecem a partir de lutas sociais pela saúde, as quais resultam na superação das distâncias culturais entre população e os profissionais de saúde, empoderamento e participação popular, contrapondo-se então de todo autoritarismo da cultura sanitária. Pinafo, Nunes e Gonzalez (2012) fortalecem esta ideia afirmando que por intermédio das relações no que tange os diálogos e vínculos estabelecidos entre usuários e profissionais de saúde é possível vivenciar muitas atividades educativas em saúde, otimizando então a resolutividade da atenção ao cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, a vivência possibilitou a percepção de que a presença do fisioterapeuta em conjunto com a equipe multidisciplinar no NASF era de suma importância para o seu funcionamento.

A proposta do Ministério da Saúde é de que a inserção do fisioterapeuta na estratégia de saúde da família se dê através dos núcleos de apoio à saúde da família. Entretanto para que a atuação do fisioterapeuta nesta nova lógica de atenção à saúde é necessário que haja um redimensionamento do objeto de intervenção da Fisioterapia. Isto não significa dizer que o Fisioterapeuta deverá perder sua identidade profissional enquanto profissional da reabilitação, contrário a isto, o que não pode acontecer é que o fisioterapeuta que enclausurado em apenas um nível de atenção à saúde, desta forma não será resolutivo tendo em vista às novas necessidades e demandas da população contemporânea.

As abordagens individuais são importantes e devem acontecer consoante as necessidades individuais de cada sujeito. Entretanto as abordagens coletivas poderiam ser mais exploradas, tendo em vista sua grande resolutividade frente às necessidades específicas de cada grupo ou população.

As dificuldades enfrentadas pelo fisioterapeuta em relação ao seu lugar no NASF decorrem em grande parte de sua formação afincada nos parâmetros biomédicos, como também a escassez de profissionais da fisioterapia nos ambulatórios públicos. Estas insuficiências de profissionais geram demandas reprimidas de pacientes, sendo então levados para o NASF. O gestor também possui papel fundamental neste processo, este deve estar atento às reais funções do fisioterapeuta no NASF e procurar meios resolutivos à longo prazo.

Tendo em vista seu caráter integralista, o NASF não deve, portanto entregar-se à segmentação no que tange à separação entre saúde física e mental. Todos os profissionais devem ser treinados e habilitados para lidar com todas as demandas possíveis de aparecimento. Para além de reuniões de trabalho, os profissionais atuantes no NASF devem de fato manter um bom diálogo intrasetorial e intersetorial, favorecendo então um efetivo apoio matricial, projeto terapêutico singular sempre que necessário, causando então um melhoramento no cuidado à atenção à saúde e resolutividade das reais necessidades da população.

A integralidade proposta pelo NASF é dependente de diversos fatores, dentre eles a reflexão do papel do profissional fisioterapeuta neste setor é de extrema necessidade, por

muitas vezes este profissional reproduzir práticas sem compreender a sua real função no lugar que ocupam.

Contudo apesar dos desafios e dificuldades enfrentadas pelo Fisioterapeuta no campo da saúde coletiva, no NASF, especificamente, há esperança de que através dos relatos de experiência e mudanças nas grades curriculares dos cursos de fisioterapia causem mudanças neste novo saber fazer. Ainda há necessidade de mais vivências e estudos nesta área, suscitando dados que precisam ser disseminados, como também situações que reflitam e fortaleçam o papel da fisioterapia no NASF. À partir disto será possível e mais fácil inovações nos processo de planejamento, gestão e educação em saúde, no que tange a Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, E. G. et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Revista Fisioterapia e Movimento**, Curitiba , v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.
- BARBOSA, E. G.; SILVA, E. A. M. Fisioterapia na saúde mental: uma revisão de literatura. **Revista Saúde Física & Mental**. Rio de Janeiro, n.2, v.3, P. 12-30, 2013.
- BERNADI, D. F. Atuação do fisioterapeuta no programa de saúde da família. **Introdução à Fisioterapia**. In: PINHEIRO, G. B. (org.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. P. 120.
- BISPO JÚNIOR, J.P. **Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais**. Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, Fundamentos e Desafios. In: BISPO JÚNIOR, J.P. (org.). São Paulo: Hucitec, 2013. P. 52, 57, 61, 69, 70.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família**. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. P. 7 - 8.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Portaria Nº 154, 24 de março de 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em 29 de out 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**. N. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. P 10 e 18.
- BRASIL. Ministério a Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios**. Comunicação e Educação em Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. P. 219.
- BRASIL. **Resolução COFFITO nº 80**. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1987; 21 mai.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**. N.39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P. 18.
- BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro et al. Dinâmica familiar no contexto do paciente oncológico. **Revista NUFEN**, Belém , v. 6, n. 1, 2014 .
- COSTA, F. B. da et al. A inserção do biomédico no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 11, n. 11, p. 27-33, 2010.

DAVID, M. L. O. et al. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. **Revista saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 120-129, 2013.

DELAI, K. D.; WISNIEWSKI, M. S. W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Revista ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1515-1523, 2011.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012.

LINHARES, J. H. et al. Análise das ações da fisioterapia do NASF através do sinai no município de Sobral-Ce. **Cadernos da Escola de Saúde Pública**. Ceará, v. 4, n. 2, 2010.

LOPES, M.; MARCON, S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Health Sciences. Acta Scientiarum**, v. 34, n. 1, p. 85-93, 2012.

MORALEIDA, F. R. J.; NUNES, A. C. L. Cuidado em Saúde Mental: Perspectiva de Atuação Fisioterapêutica. **Revista Fisioterapia e Saúde Funcional**. Fortaleza, n. 2, v. 1, P.3-5, 2013.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 574-580, 2012.

PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de apoio à saúde da família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. **Revista Corpus Scientia**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2 p. 34-44, 2013.

PIMENTEL, D. M. **Bases metodológicas da formação em fisioterapia**: Discutindo o distanciamento entre os processos de formação e a utilização da força de trabalho. Dissertação [Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde]. UFPB, João Pessoa, 2012.

PINAFO E.; NUNES E.F.P.A.; GONZALEZ A.D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 7, v. 17, p. 1825-1832, 2012.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1403-1410, 2009.

RIBEIRO, K. S. Q. S. Fisioterapia e Educação Popular em Saúde: mudança epistemológica e reorientação da prática. **Fisioterapia e Saúde Coletiva**: Reflexões, Fundamentos e Desafios. In: BISPO JÚNIOR, J.P. (org.). 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. PP. 101, 106, 109, 114, 118.

RIBEIRO, C. D.; FLORES-SOARES, M.C. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. **Revista de Salud Pública**, v. 17, n. 3, 2015.

RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 261-266, 2010.

SAMPAIO, D. M. N. **Trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS**: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras. 2010. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010.

SANTOS, A. C. et al. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Revista NUFEN**. São Paulo, v. 4, n. 2, dez. 2012.

SILVA, A.T. C. da et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SOUSA, A. R. B de; RIBEIRO, K. S. Q. S. A rede assistencial em fisioterapia no município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Paraíba, v. 15, n. 3, p. 357-368, 2011.

SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 176-184, 2013.