

EUNICE MIZUTA TAKAYAMA

SABRINA TAKAYAMA

**A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho apresentado à LABORO-
Excelência em Pós-Graduação para
conclusão do curso de Especialização
em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Suelí Rosina
Tonial.

São Luís

2008

EUNICE MIZUTA TAKAYAMA

SABRINA TAKAYAMA

**A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho apresentado à LABORO-
Excelência em Pós-Graduação para
conclusão do curso de Especialização
em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Suelí Rosina
Tonial.

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Suelí Rosina Tonial (Orientadora)
Doutora em Saúde da Mulher e da Criança
Instituto Fernandez Figueira FIOCRUZ - RJ

Prof^ª. Dra. Giselle Martins Venancio
Doutora em História pela Universidade Federal
do Rio de Janeiro – UFRJ

São Luís

2008

Agradecimentos

Agradecemos principalmente a DEUS, pelas graças e bênçãos que nos tem concedido, e a todas as pessoas que nos apoiaram, incentivaram e ajudaram nesta caminhada.

“Porque o SENHOR dá a sabedoria, e da sua boca vem o conhecimento e o entendimento; Ele reserva a verdadeira sabedoria para os retos; escudo é para os que caminham na sinceridade”.

Provérbios 2,6,7

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo descrever a atuação do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir de revisão sistemática de literaturas com trabalhos relatando a atuação do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família em diversas cidades brasileiras. Os resultados obtidos foram que um mesmo artigo contemplava vários assuntos relacionados a área de atuação e tipos de patologias e grupo atendidos, o que demonstra a abrangência da atuação do fisioterapeuta na ESF. Conclui-se que o Fisioterapeuta deixou de ser o profissional voltado para a reabilitação e passou a ser um profissional capaz de promover, prevenir e educar em saúde junto à equipe multidisciplinar e interdisciplinar, que atua na ESF, atendendo aos princípios do SUS e as Diretrizes da ESF tendo como principal característica a Integralidade.

Palavras-chave: Atuação do Fisioterapeuta. Estratégia de Saúde da Família. Revisão sistemática

ABSTRACT

This study aimed to describe the actions of the physiotherapist in the Strategy for Family Health (SFH), from systematic review of literature on work reporting the performance of the physiotherapist in the Strategy of Family Health in several Brazilian cities. The results were that the same article included several issues related to areas of activity and types of diseases and attended group, which demonstrates the scope of activities of the physiotherapist in SFH. It was concluded that the physiotherapist has changed from focusing on vocational rehabilitation and become a professional capable of promoting, educating on prevention and health with the interdisciplinary and multidisciplinary team, which works in the SFH, given the principles of the SUS and the Guidelines the SFH with the main feature on Integration.

Key-words: Performance of Physiotherapist. Strategy for Family Health. Systematic review

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO	13
3.1 Geral.....	13
3.2 Específicos.....	13
4 METODOLOGIA	14
4.1 Revisão Sistemática	14
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
5.1 Um breve histórico do sistema de saúde brasileiro	19
5.2 Atenção primária à saúde	22
5.3 Programa de Saúde da Família	23
5.4 Áreas de atuação do fisioterapeuta	24
5.5 Atuação do fisioterapeuta no PSF	27
6 RESULTADOS	29
7 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE	35

1 INTRODUÇÃO

Nenhuma profissão consegue atender todas as necessidades da família em seu processo saúde/doença, por isso se tem a necessidade de trabalhar de maneira interdisciplinar no cuidado e assistência às famílias, visando sempre à atenção integral, promoção, educação e assistência aos problemas de saúde (BENITO et al, 2003).

A proposta de humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população, fazem da Estratégia de Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do modelo assistencial. Pode-se assegurar que a Saúde Pública tem três campos fundamentais: investigação, a educação e a prática dos serviços de atenção preventivo-curativos para indivíduos, grupos, famílias e comunidade, e inclui os conhecimentos do ambiente natural e social (BRASIL et al, 2005).

Saúde é um direito de todo cidadão, e é dever do Estado promover o acesso da população a ela, conforme determina a Constituição de 1988. Através de uma rede de serviços, com ações organizadas de maneira racional, conseguiu-se elaborar um sistema: o Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos preceitos constitucionais. (MORAES, 2002).

A doutrina do SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade. Dentro desta abordagem de promoção da saúde, respeitando as diretrizes do SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, propõe um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e a promoção de saúde familiar (CORRÊA N.; MENEZES, M. 2000).

A Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005, cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde, e para tanto define que os Núcleos sejam constituídos por quatro modalidades de ação em: I- Alimentação/nutrição e atividade física; II- atividade física; III- saúde mental e IV- Reabilitação.

No artigo 5º da Portaria citada, determina que para a implantação do Núcleo com todas as modalidades o município deve assegurar, para fins de financiamento, a presença de psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais.

A Portaria nº 154, de 17 de março de 2008, - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Cita no seu “Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF 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.”.

No seu “Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.”

O Fisioterapeuta é conhecido como o profissional que cuida da reabilitação das funções motoras, após fraturas, problemas articulares, dores na coluna e acidentes vasculares cerebrais. Porém, o Fisioterapeuta pode atuar em todos os níveis de atenção à saúde, dentro da equipe interdisciplinar; e devido a aspectos político-econômicos e organizacionais, sua função é pouco divulgada e subutilizada, contudo, paulatinamente experiências isoladas em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da fisioterapia no PSF enriquece e desenvolve ainda mais os cuidados de saúde da população (BRASIL et al, 2005).

Neste trabalho apresenta-se de forma prática e sintética a atuação do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de revisão de literaturas com artigos relatando a atuação do Fisioterapeuta na prevenção das doenças e promoção da saúde, bem como relatos de experiências sobre a atuação do fisioterapeuta no

Programa de Saúde da Família em diversas cidades brasileiras, na Saúde Coletiva, na Atenção Básica e no atendimento domiciliar.

2 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto vimos a necessidade de estudar a atuação do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família, pois o mesmo não encontra-se inserido oficialmente na equipe, embora trabalhe para a promoção, prevenção, reabilitação e educação em saúde. Por integralidade, reconhece na prática dos serviços, a indivisibilidade e integralidade de uma comunidade. As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Dessa forma, as atribuições do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família e da atenção primária estão voltadas para aumentar a integralidade do SUS.

3 OBJETIVO

3.1 Geral

Estudar a atuação do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família.

3.2 Específicos

- Descrever o campo de atuação do Fisioterapeuta;
- Descrever a Estratégia Saúde da Família, seus princípios e diretrizes;
- Correlacionar o campo de atuação do Fisioterapeuta e as proposições do Programa de Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata de uma revisão sistemática.

4.1 Revisão Sistemática

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001):

- **Formulação da pergunta:** o que a literatura descreve sobre a atuação do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família?
- **Localização e seleção dos estudos:** serão consideradas publicações nacionais e periódicos indexados ou não, impressos ou virtuais, específicos da área (artigos, livros, monografias, dissertações) encontrados em base de dados oficiais, eletrônicas ou não.
- **Período:** 1997 a 2007 (se o período não contemplar todo conteúdo poderá ser ampliado).
- **Coleta de dados:** serão coletados dados relativos ao papel do Fisioterapeuta nas diversas áreas de atuação, incluindo a atuação no PSF levando em conta seus princípios e diretrizes.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo o Ministério da Saúde, (2000) a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Elas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

O trabalho de equipe da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. (MS, 2004)

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (SILVA, R. M., 2002). A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde.

No atendimento domiciliar é imprescindível o trabalho de atenção primária do profissional fisioterapeuta, pois é quando ele se depara com a realidade das pessoas nas suas atividades de vida diária, suas limitações e, a partir daí, procede aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso. (CREFITO, 2007).

Foram revisados trabalhos, monografias e artigos, descrevendo atendimentos ambulatoriais, em domicílio, palestras educativas para a comunidade em várias cidades do Brasil como:

- Em Sobral no estado do Ceará, no trabalho intitulado “O papel do Fisioterapeuta do Programa de Saúde da Família do Município de Sobral – CE”, em 2004, onde foi realizada uma descrição da atuação do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família, enfatizando as necessidades das populações especiais em relação à intervenção preventiva desse profissional. Os resultados dessa experiência apontam que o acesso a comunidade do serviço de fisioterapia foi

facilitado gerando satisfação para a população beneficiada. (BRASIL, et al, 2004).

- Em Ribeirão Preto–SP o estudo teve o objetivo analisar os conhecimentos e atitudes em relação à atuação profissional fisioterapeuta entre os profissionais das equipes mínimas de Saúde da Família que atuavam no PSF em Ribeirão Preto em 2005, através de um questionário. Os resultados demonstraram que a maioria considerou necessária a inclusão de outros profissionais no PSF (91,7%), sendo que 48,6% citaram a necessidade do fisioterapeuta. O grau de conhecimento geral sobre os diversos aspectos da atuação do fisioterapeuta mostrou-se suficiente, com 64,8% do teste. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre conhecimento da atuação do fisioterapeuta e a escolaridade, ocupação, tempo de atuação na área de saúde, classificação econômica e vínculo institucional da Unidade de Saúde da Família. 2005 – (AGUIAR, Ricardo Góes de, 2005).
- Em Londrina–PR– o estudo intitulado “O Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina-PR”, foi realizado entre os meses de julho e novembro de 2005, teve por objetivo conhecer as principais características do atendimento fisioterápico no município de Londrina e as dificuldades com relação à atividade profissional. Foram entrevistados quatro dos oito fisioterapeutas vinculados à Equipe de Saúde da Família (ESF). As dificuldades apresentadas foram a falta de recursos materiais e de espaço físico para a realização de atendimentos, bem como, uma demanda muito grande de pacientes para um reduzido número de profissionais. Todos os entrevistados ressaltaram a importância da atuação da fisioterapia no programa, pois devido a ações preventivas e assistenciais, a demanda de atendimento em níveis de maior complexidade de atenção à saúde pode ser reduzida. (TRELHA, C. S. et al, 2005).

- Em Cabedelo–PB – o trabalho intitulado “Atuação fisioterapêutica junto ao Programa de Saúde da Família: um relato de experiência”, foi realizado na comunidade Recanto do Poço, no período de 24 de fevereiro à 23 maio/2005, com atividades educativas e atendimento fisioterapêutico. As pessoas foram atendidas tanto no ambulatório quanto no domicílio. Os materiais utilizados foram fichas de avaliação específicas, cartazes, folders, bastões, bolas, dentre outros. Foram realizados 215 atendimentos e as enfermidades mais encontradas foram: AVC, diabetes, artrose, hipertensão e algias da coluna vertebral. Conclui-se que o fisioterapeuta está potencialmente preparado para atuar na atenção primária à saúde, pois é conhecedor e aplicador de bases teóricas e práticas no processo de construção de uma melhor qualidade de promoção/assistência à saúde das pessoas. (MARINHO, T. B. M. et al, 2005).
- Em Blumenau–SC – trabalho intitulado “A utilização freqüente de ansiolíticos e antidepressivos no PSF Frei João Maria – Blumenau/SC: o Combate pela Fisioterapia Preventiva”, Esta pesquisa foi realizada em julho de 2002, desenvolvida por acadêmicos de Fisioterapia e teve como objetivos determinar índices de utilização de ansiolíticos e antidepressivos, identificar os medicamentos mais utilizados e traçar atividades preventivas. Após coleta de dados mediante entrevista com a responsável do posto tem-se os seguintes resultados: 14,6% de usuários de ansiolíticos e/ou antidepressivos. Os medicamentos mais utilizados foram: Bromazepan, Lorazepam, Rivotril e Fluoxetina. Com o objetivo de combater o uso indiscriminado e prolongado destes medicamentos sugeriram-se propostas preventivas no auxílio e na diminuição dos sintomas de depressão e da ansiedade e prevenir o agravamento dos mesmos procurando buscar atividade física regular, alimentação balanceada, boa qualidade de sono e uma ocupação do tempo ocioso. – (ALBIERO, J. F. G., et al, 2005).

- Em Cascavel–PR – “Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir da Prática Profissional” O estudo foi realizado em 2002 e o objetivo deste é ressaltar a importância da inserção do fisioterapeuta como agente multiplicador de saúde, atuando em interação com uma equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde da Família. As atribuições do profissional fisioterapeuta, evidenciadas neste estudo, parte das atividades práticas, levantamentos e a partir das necessidades vivenciadas pelos fisioterapeutas residentes em Saúde da Família, no Município de Cascavel, aliada a fundamentação teórica sobre o tema abordado. (RAGASSON, C. A. P. et al, 2002).
- Em Jequié–BA – o estudo intitulado “Intervenção Fisioterapêutica na Comunidade: Relato de Caso de uma paciente com AVE”, foi realizado no Bairro de Inocoop no Município de Jequié – Unidade de Saúde Padre Hilário Terrosi em 2005, por alunas do curso de Fisioterapia e o objetivo deste estudo foi verificar os benefícios da intervenção fisioterapêutica em paciente com AVE. Este descreve o caso de uma paciente de 74 anos, sexo feminino, acometida por AVE há 8 anos, com o lado direito do corpo comprometido, padrão sinergismo flexor e desajustes na deambulação. Foi enfatizado o tratamento cinesioterapia com ênfase na técnica de PNF, além de medidas preventivas para diminuição de complicação da hipertensão, diabetes e quedas. Foi restabelecido o movimento de abdução dos dedos do pé, bem como extensão e flexão dos dedos e tornozelo. Houve melhoria na postura e do auxílio na marcha. A paciente despertou para a consciência corporal do lado hemiplégico. Conclusão: a presença do fisioterapeuta na comunidade se torna relevante na medida em que contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação obedecendo assim os princípios da atual modelo de saúde e conseqüentemente promovendo a melhora da qualidade de vida da população.(FERREIRA, F. N. et al, 2005).

- Em Serrinha–CE, este trabalho, realizado no período de novembro de 2003 a junho de 2004, teve como objetivo investigar a Efetividade da Fisioterapia no quadro clínico do paciente neurológico, sob a ótica do cuidador e da dinâmica familiar, no processo de atendimento domiciliar. Foram selecionados 15 pacientes moradores da comunidade da Serrinha (PSF), sem inclusão do fisioterapeuta e 16 que fazem uso do serviço de “home care” através do Instituto da Previdência do Município (IPM). Os dados foram coletados através de questionários. Foi detectado que 38,7% dos cuidadores eram filhos, 87,0% do sexo feminino e que 51,6% cuidavam há menos de 6 anos. Os cuidadores do grupo IPM eram mais orientados, tinham mais esclarecimentos a respeito da doença, sentiam-se mais satisfeitos e menos cansados ao cuidar dos pacientes em relação ao grupo do PSF. Ainda, os pacientes do IPM variavam com mais frequência o tempo no leito e apresentavam menos dor e parestesia em comparação ao grupo sem essa assistência. Os resultados mostraram que os cuidadores dos pacientes com assistência fisioterapêutica (IPM) tinham uma visão mais otimista do quadro clínico, bem como se sentiam mais motivados ao lidar com esses paciente. (FELÍCIO, D. N. L., et al, 2003)

Dessa maneira, os programas incentivados pelo Ministério da Saúde, como as Residências e Especializações Multiprofissionais em Saúde da Família, abrem espaço para novas conquistas profissionais, pois desta forma, pode-se evidenciar a importância do trabalho desenvolvido em equipe e capacitar de forma adequada os recursos humanos na área da saúde.

5.1 Um breve histórico do Sistema de Saúde Brasileiro

Segundo Brasil, (2002) apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005 o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos Estados, e Municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, através de campanhas de vacinação e controle de endemias. Essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, sem discriminação com relação à população beneficiária. A grande

atuação do poder público na área da saúde se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria de seus beneficiários.

Essa assistência, segundo os autores citados, beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada” e seus dependentes, ou seja, não tinha caráter universal, desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes, portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias:

- Os que podiam pagar pelos serviços;
- Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS;
- Os que não tinham nenhum direito.

A partir de meados da década de 70, com a crise de financiamento da Previdência, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80 a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. Também nessa época, o INAMPS passa a dar aos trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. (BRASIL, 2002 apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005)

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. (BRASIL, 2002 apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005)

Dessa forma, começava no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8080 (conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS, motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país. (BRASIL, 2002 apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005)

Em 1988, houve uma grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária, com a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde, no Artigo 196 que conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002 apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005)

A Lei 8080/90, instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. (BRASIL, 2002 apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005)

O INAMPS somente foi extinto pela Lei nº 8689, em 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da Lei que instituiu o SUS, e no seu parágrafo único do artigo primeiro estabelecia que: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instancias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, e Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990”. (BRASIL, 2002 apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005)

Como síntese das discussões sobre políticas de saúde e direito à saúde, o SUS procura unificar todas as instituições e serviços de saúde num único sistema – um comando único no governo federal (Ministério da Saúde), um comando único nos estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e um comando único nos municípios (Secretarias Municipais de Saúde). O objetivo era tentar resolver a dicotomia entre a saúde pública (mais preventiva) e a assistência médica (mais curativa), oferecendo uma atenção integral à saúde. Esse sistema de saúde propõe:

- Descentralização de recursos, decisões e responsabilidades para os estados e municípios;
- Criação de mecanismos para o chamado controle social, no qual a população participa dos conselhos gestores que administram o SUS através de representantes, manifestando seus interesses quanto a planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde.

Baseada nos preceitos constitucionais, a doutrina do SUS norteia-se pelos seguintes princípios: Universalidade; Eqüidade; Integralidade. (BRASIL, 2002, Apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005)

5.2 Atenção Primária à Saúde

Segundo CONASS, (2004) Atenção Primária à Saúde é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidade.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior freqüência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, e participação social.

A Atenção Primária à Saúde deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004).

Isso demonstra a importância e a necessidade de se investir nos serviços de atenção primária a fim de torná-los resolutivos, como peça chave no processo de reorganização das redes e sistemas de saúde. Esses serviços devem estar muito bem

preparados para resolver todos os problemas de saúde comuns em um determinado território, exigindo das equipes além de grande habilidade clínica, habilidades de comunicação e interação interpessoal e capacidade de negociação individual e coletiva (GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005).

5.3 Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem como principal objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (MS, 1998). O PSF visa tanto prestar assistência na unidade de saúde quanto desenvolver tradicionalmente as ações de saúde no domicílio, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros de uma família são acompanhados.

A proposta do PSF nasceu em 1994, quando foi sugerida a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde em que era um desafio a implementação efetiva do SUS. A adesão dos secretários municipais de saúde também foi expressiva e significativa. O programa do Ministério da Saúde tenta valorizar os princípios de:

- Territorialização;
- Vinculação com a população;
- Garantia de integralidade na atenção;
- Trabalho em equipe com o enfoque interdisciplinar;
- Ênfase na promoção da saúde, com fortalecimento das ações inter-sociais;
- Estímulo à participação da comunidade (FIGUEIREDO, 2005).

A Unidade de Saúde da Família (USF) caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde, e deve trabalhar com a definição de um território de abrangência (área sob sua responsabilidade). A USF tem maior capacidade de ação do que o modelo tradicional (que se caracterizava pela passividade) para atender as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência de forma contínua acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. (FIGUEIREDO, 2005). Os componentes da equipe de saúde da Família (ESF) e os

próprios pacientes devem ter muito claros e bem fixados a noção de que a USF não é um local de triagem que se limita a encaminhar a maior parte dos casos para serviços especializados. Devem estar bem informados de que a USF é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. (FIGUEIREDO, 2005).

Pela experiência vivida nos milhares de localidades onde o PSF está implantado de maneira adequada, a própria USF pode solucionar em torno de 85% dos casos de saúde em sua área, esvaziando dessa maneira os prontos-socorros e ambulatórios dos hospitais ligados à rede pública de saúde. (FIGUEIREDO, 2005).

Antes da implantação do PSF 85% dos pacientes, aproximadamente, eram encaminhados para esses hospitais e apenas 15% deles eram tratados nos centros ou postos de saúde. Após a implantação do PSF, cerca de 85% dos pacientes recebem atendimentos completos e satisfatórios na USF, restando em torno de 15% para aqueles locais onde existam os especialistas e os equipamentos e aparelhos necessários para exames e tratamentos mais sofisticados, porém a ESF continua sendo responsável por todos os cuidados necessários para a recuperação do paciente encaminhado. (GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005).

5.4 Áreas de Atuação do Fisioterapeuta

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2007), o fisioterapeuta é o profissional de saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço.

Apto a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base nas evidências científicas e a partir da compreensão e da identificação das necessidades de saúde na realidade loco - regional e sua relação com contexto. Apto a intervir com qualidade nessa realidade quando necessário, proporcionando qualidade de vida individual e coletiva com os objetivos de preservar, desenvolver e recuperar, planejando e desenvolvendo ações integrais em saúde.

As áreas de atuação do fisioterapeuta são:

- **Fisioterapia Clínica**

- A) Hospitais e clínicas
- B) Ambulatórios
- C) Consultórios
- D) Centros de Reabilitação

- **Saúde Coletiva**

- A) Programas institucionais
- B) Ações Básicas de Saúde
- C) Fisioterapia do Trabalho
- D) Vigilância Sanitária

- **Educação**

- A) Docência (níveis secundário e superior)
- B) Extensão
- C) Pesquisa
- D) Supervisão (técnica e administrativa)
- E) Direção e coordenação de cursos

- **Outras**

- A) Indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico
- B) Esporte

Tem como especialidades reconhecidas a Acupuntura (Resoluções Coffito nºs: 201, de 24/06/99 e 219, de 14/12/00), Quiropraxia (Resolução Coffito nº 220, de 23/05/01), Osteopatia (Resolução Coffito nº 220, de 23/05/01), Fisioterapia Pneumo Funcional (Resolução Coffito nº 188, de 09/12/98), Fisioterapia Neuro Funcional (Resolução Coffito nº 189, de 09/12/98) e a Fisioterapia Traumatológica-Ortopédica Funcional (Resolução Coffito nº 260, de 11/02/2004).

Porém há cursos credenciados no COFFITO em praticamente todas as áreas de saúde como: Fisioterapia Dermato-funcional, Desportiva, em Reeducação Postural Global (RPG), em Terapia Intensiva, em Gerontologia/ geriatria, em Disfunções Vertebrais e Crânio Mandibulares, Neonatologia e Pediatria, Cardio-respiratória, Hidroterapia, Home Health Care, Órtese e Prótese, Oncologia, Uroginecologia Clínica-funcional e Residência em Saúde da Família.

Na área de saúde coletiva e atenção básica à saúde as atribuições do fisioterapeuta são:

- Educação, prevenção e assistência fisioterapêutica coletiva, na atenção primária em saúde.
- Participar de equipes multiprofissionais destinadas a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública.
- Contribuir no planejamento, investigação e estudos epidemiológicos.
- Promover e participar de estudos e pesquisas relacionados a sua área de atuação.
- Integrar os órgãos colegiados de controle social.
- Participar de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva.
- Avaliar a qualidade, a eficácia e os riscos a saúde decorrentes de equipamentos eletro-eletrônicos de uso em Fisioterapia.
- Promover e participar de estudos e pesquisas voltados a inserção de protocolos da sua área de atuação, nas ações básicas de saúde.
- Participar do planejamento e execução de treinamentos e reciclagens de recursos humanos em saúde. (COFFITO, 2007)

5.5 Atuação do Fisioterapeuta no PSF

Foram encontrados relatos e testemunhos da atuação do Fisioterapeuta em Programa de Saúde da Família nos sites oficiais da profissão.

No site do COFFITO abordaram o seguinte: Fisioterapia do município de Campina Grande-PB é destaque em Congresso Nacional.

Segundo Coffito, 2007, os nove trabalhos desenvolvidos pelo Serviço de Fisioterapia do município de Campina Grande-PB, apresentados no I Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva (Conafisc), que aconteceu em Brasília, de 23 a 25 de agosto de 2007, receberam elogios de todos os participantes, tanto pela quantidade quanto pela qualidade. Outro diferencial durante o congresso é que alguns dos trabalhos desenvolvidos em outros municípios são desenvolvidos por alunos, como projetos de extensão. Em Campina Grande, são realizados por profissionais da rede municipal, contratados através de concurso público. O objetivo deste Congresso é promover momento de troca a respeito do que a Fisioterapia pode e faz na área da saúde coletiva.

“Observando a questão da atenção básica, a expectativa é de que posso construir melhor um trabalho da fisioterapia nesta área, mostrando que a profissão tem um olhar voltado para os três níveis de complexidade e busca dentro da área da prevenção, de forma mais precisa e mais enfática, atender a população de forma qualificada”, explica a Diretora-Secretaria do COFFITO, Dr^a Francisca Rego de Araújo. (COFFITO, 2007)

“Entendemos que, acima de tudo, poderemos promover uma assistência de forma mais universal e mais equânime, ou seja, de respeitar e atender melhor aos princípios do Sistema Único de Saúde que é o princípio da universalidade, da integralidade e da equidade. E no âmbito dos pacientes e das pessoas, em qualquer lugar, seja para tratamento ou para submeter-se a um processo de prevenção, ele pode ser assistido pela Fisioterapia, e não apenas no olhar da fisioterapia em um quadro de doença que já é problemático. Assim a comunidade poderá ter uma assistência da fisioterapia e um olhar voltado para a promoção e para a prevenção em saúde”, conclui a Diretora Dr^a. Francisca Rego de Araújo. (COFFITO, 2007)

O novo modelo de atuação fisioterapêutico implantada no referido município na atual gestão, que prioriza a promoção da saúde e prevenção da doença da população inclui a Fisioterapia na Atenção Básica, que atua em conjunto com as equipes do PSF (Programa de Saúde da Família), oferecendo assistência domiciliar, atividades educacionais em grupos e encaminhamento às referências; a Fisioterapia na Média Complexidade, que funciona nos Centros de Saúde da Palmeira, Catolé, São José da Mata, além da Unidade Mista de Galante e Unidade Municipal de Fisioterapia, no Serviço Municipal de Saúde. Estão incluídos ainda a Fisioterapia no Isea (Instituto de Saúde Elpídio de Almeida), que contempla a sala de parto, o aleitamento materno, o berçário intermediário, a coleta do Banco de Leite e a UTI Neo-natal; além do Cranesp (Centro de Referência em Atenção ao Portador de Necessidades Especiais), inaugurado pelo prefeito Veneziano Vital do Rêgo no ano passado e que presta assistência aos portadores de necessidades especiais nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia.(portal.gov.br, 2007))

No site do CREFITO 2 foi encontrado um artigo descrevendo sobre a importância da inserção do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família (PSF), que enfoca a inclusão de outros profissionais de saúde, como o Fisioterapeuta, nas ESF para ratificar a integralidade e equidade do SUS; citando que o Fisioterapeuta não deve estar apenas no centro especializado, distante da comunidade, e sim próximo dela realizando atendimentos domiciliares, ações nas escolas, indústrias, associações de moradores e creches, para que a população tenha mais facilidade de acesso e menores gastos com transportes.

As atribuições do Fisioterapeuta na ESF são voltadas para educação, prevenção e assistência fisioterapêutica coletiva e individual inserido e trabalhando de forma interdisciplinar, de forma a desenvolver atividades de educação para saúde junto à comunidade e atendimento nas áreas de saúde da criança e do adolescente; da mulher; do adulto; do idoso; do trabalhador e em programa de controle de doenças crônicas, estes textos acima estão baseados nas Portarias: número 1.065 de 04 de julho de 2005, que cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde; e na Portaria GM/MS nº 154 de 17/03/2008, que cria os Núcleos de Apoio a Família (NASF).

6 RESULTADOS

Foram analisados oito artigos relacionados ao tema da pesquisa seguindo um roteiro de coleta de dados e encontramos os seguintes resultados:

- Sobre a atuação do fisioterapeuta no PSF: 8 artigos falaram sobre o atendimento domiciliar; 6 sobre palestras educativas, atendimentos individuais e atividades preventivas; e 5 sobre atendimentos em grupos específicos à patologias e/ou faixa etária. Isto demonstra que o acesso ao serviço de fisioterapia foi facilitado, gerando satisfação para a população beneficiada. Entretanto existem alguns obstáculos como: número insuficiente de profissionais, dificuldades estruturais e materiais, desconhecimento da população e outros profissionais gestores quanto às funções desenvolvidas pelo fisioterapeuta. (BRASIL, et al. 2005).
- Sobre o período de estudo: 4 artigos tiveram tempo menor que 6 meses; 2 de seis meses a um ano e apenas 1 com tempo maior que dois anos. Confirmando que a maioria dos artigos analisados foram realizados por alunos como projeto de extensão ou como parte da grade curricular (COFFITO, 2007)
- Sobre as patologias e grupos atendidos no PSF: 5 artigos relataram atendimentos à seqüelas de AVC, grupos de diabéticos, hipertensos, doenças neurológicas e grupos de gestantes; 4 relataram sobre problemas posturais e grupos de idosos; 3 sobre doenças respiratórias, e atenção à saúde da criança; 2 referiram a atenção à saúde da mulher e saúde do adolescente; 1 relatou sobre doenças reumatológica, problemas traumo-ortopédicos, problemas cardíacos e obesidade. Conforme o artigo do CREFITO, os artigos analisados mostram a grande abrangência de tratamento fisioterapêutico nas comunidades.
- Sobre se o artigo atende aos princípios do SUS: 7 artigos contemplaram o princípio Integralidade; 5 da Equidade e 4 da Universalidade.

- Sobre se o artigo atende às Diretrizes do PSF: 7 artigos atendem a Integralidade na Atenção e Promoção de Saúde; 6 ao Trabalho Interdisciplinar; 5 a Vinculação com a população e participação da comunidade e 4 a Territoriaçãção. O fisioterapeuta se mostra assim um profissional capaz de atender aos princípios do SUS e as Diretrizes do PSF, tendo como principal característica a Integralidade.

Diante dos resultados obtidos pode-se notar que um mesmo artigo contemplava vários assuntos o que demonstra a abrangência da atuação do fisioterapeuta no PSF.

Muito se tem feito para aprovação de projetos que obriga o SUS a oferecer serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional pelo Programa de Saúde da Família, assim, a Comissão de Finanças e Tributação se reuniu no dia 16 de abril de 2008 para votar o Projeto de Lei 3256/04, do Deputado Estadual de Mato Grosso do Sul - MS Geraldo Resende (PMDB-MS). (COFFITO, 2008)

O Diário Oficial de 4 de março de 2008, significa um marco na saúde pública brasileira, nele foram publicadas as alterações da Portaria GM 154/2008, que trata dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Os Núcleos surgem com a proposta de ampliar o escopo de ações da Estratégia de Saúde da Família e conseqüentemente, a sua resolubilidade. É importante ressaltar que os NASF não se constituirão como porta de entrada do Sistema, atuando de forma integrada com as equipes de saúde da família e com toda a rede de serviços em saúde.

Segundo o Diário Oficial (04/03/08), para adesão e implantação dos Núcleos pelos gestores municipais, será necessário elaborar um projeto onde, entre outras coisas, especificarão as principais ações planejadas, de acordo com as ações previstas na Portaria GM 154/08 do MS e descreverão quais os profissionais serão pleiteados dentre os elencados nesta portaria ministerial, sendo eles Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, médicos (ginecologistas, pediatras, acupunturistas, homeopatas e psiquiatras), profissionais de educação física, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e psicólogos.

7 CONCLUSÃO

Através da Revisão Literária destes artigos, foi estudada a atuação do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família, e observou-se que a sua atuação junto a Estratégia de Saúde da Família está sob o enfoque preventivo, com a intervenção educativa na comunidade, visando à integração da área de saúde com os problemas sociais, interagindo com a comunidade, consolidando o propósito social desta profissão.

O Fisioterapeuta atua de maneira relevante na medida em que contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação obedecendo assim os princípios do atual modelo de saúde. A inserção do Fisioterapeuta nas Estratégias de Saúde da Família aumenta a integralidade e equidade do SUS e a resolutividade dos problemas de saúde, através de uma equipe qualificada e apta para promover saúde.

Conclui-se que o Fisioterapeuta deixou de ser o profissional voltado para a reabilitação e passou a ser um profissional capaz de promover, prevenir e educar em saúde junto à equipe multidisciplinar e interdisciplinar, que atua na ESF, atendendo aos princípios do SUS e as Diretrizes da ESF,

Apesar da inserção do Fisioterapeuta na ESF ser um processo em construção e ocorrer lentamente, todos os artigos revisados ressaltam a importância da atuação da Fisioterapia no programa, pois devido a ações preventivas e assistenciais, a demanda de atendimento em níveis de maior complexidade de atenção à saúde pode ser reduzida.

No entanto, encontra-se muita dificuldade de inserção do Fisioterapeuta, devido aos gestores dos municípios não atenderem as exigências das Portarias que criam os NASF.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/publicacoes/abrasco/atendimento_coletivo.php (acessado em 03/09/2007);

AGUIAR, Ricardo Góes de, Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do Fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto – SP, 2005 – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP)

ALBIERO, J. F. G. et al. **A utilização freqüente de ansiolíticos e antidepressivos no PSF Frei João Maria – Blumenau- SC: O combate pela fisioterapia preventiva.** Rev de Fisioterapia da FURB. Vol. 2, no. 1. 2005.

BENITO, G. A. V. et al. **Interdisciplinaridade no cuidado às famílias : repensando a prática em saúde.** Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.5, n. 1, p.66-72, jan./abr. 2003.

BRASIL, A. C. de O. et al. **O papel do fisioterapeuta no programa de saúde da família do Município de Sobral- Ceará. 2005.** Rev Brasileira em Promoção de Saúde, ano/vol. 18, n. 001. Univ de Fortaleza. Fortaleza-CE, Brasil. Pp. 3-6. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização dos textos por Alexandre de Moraes, 19ª edição, Editora Atlas S.A. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CASTRO, A. A. **Formulação da pesquisa.** In: CASTRO, A. A. **Revisão sistemática com e sem metanálise.** São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <<http://WWW.metodologia.org>>. Acesso em set. 2007.

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – www.coffito.org.br. Acesso em set. 2007. **I Congresso Nacional de Fisioterapia na Saúde Coletiva - Conafisc**

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional **Comissão vota inclusão de Fisioterapia e Terapia Ocupacional na Saúde da Família** <http://www.coffito.org.br/publicações>, acessado em 14/08/2008.

CORRÊA, N.; MENEZES, M. – **A implantação da Unidade de Saúde da Família**, Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Diário Oficial do dia 04 de março de 2008, Nasf – **conquista dos profissionais , ganho da sociedade.**

CREFITO2 - www.crefito2.org.br/web/edições/Revista/2.pdf, pág. 24 **Fique Ligado**, acessado em 03/09/2007.

FELÍCIO, D. N. L. et al. Atuação do Fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: **A efetividade sob a visão do cuidador**, 2003, RBPS 2005; 18 (2):64-69

FERREIRA, F. N. et al. **Intervenção fisioterapêutica na comunidade:** relato de caso de uma paciente com AVE., 2005 Rev Saúde. Com. 1 (1):35-43, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**, Editora Yendis – São Caetano do Sul, 2005.

GAMA, M. E. A.; TONIAL, S.R.; SIMÕES, V. M. F. **Políticas de Saúde e Introdução à Estratégia de Saúde da Família**, Laboro, São Luís : LABORO-Centro de Excelência em Pós-Graduação, 2005.

MARINHO, T.B.M. et al **Atuação do fisioterapeuta junto aos Programa de Saúde da Família:** um relato de experiência. Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. João Pessoa, PB, Brasil, 2005.(Município de Cabedelo-PB)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica: programa saúde da família.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000.

PORTARIA Nº 1065/GM DE 04/07 de 2005 – **Cria os Núcleos de Atenção Integral em Saúde da Família.**

PORTARIA GM/MS Nº XXX de 2007 – **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

PORTARIA GM Nº 154 de 24/12 de 2008 – **Diretrizes – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1995.

RAGASSON, C. A. P. et al. **Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família:** reflexões a partir da pratica profissional, 2002. Disponível em: http://www.unioest.br/projetos/saundefamilia/atribuicoes_psf.rtf.

_____. Secretaria da Saúde. Portaria nº 1065/GM de 4 de julho de 2005. Disponível em <<http://www.crefito2.org.br/web/edições/Revista/2.pdf>, pág. 24 Fique Ligado, acessado em 03/09/2007.

SAMPAIO, LFR. Contribuição para discussão na Reunião de Consenso em Avaliação da Atenção Básica (Assessor do CONASS. Mestre em Saúde Coletiva), Apud GAMA, M. E. A.; TONIAL, S.R.; SIMÕES, V. M. F. **Políticas de Saúde e Introdução à Estratégia de Saúde da Família,** Laboro, São Luís : LABORO-Centro de Excelência em Pós-Graduação, 2005.

SILVA, Rosana Mara, **Avaliação da Inserção do Profissional Fisioterapeuta junto ao Programa de Saúde da Família no Município de Blumenau (SC) Uma Perspectiva de Atuação**. Blumenau, 2002, 93 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Regional de Blumenau.

Site do MINISTÉRIO DA SAÚDE. <http://dtr2004.saúde.gov.br/dab/atencaobasica.php>

TELHA, C. S. et al. **O Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina – PR**. Ver. Espaço para a Saúde, Londrina, v. 8, n.2, p. 20-25, jun.2007.

Universidade Federal de Minas Gerais, **Promotores de bem-estar**. Revista da Universidade Federal de Minas Gerais. Ano 3 – n. 7. julho de 2005 – edição vestibular.

APÊNDICE

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

- 1) O que o artigo/texto descreve sobre a Atuação do Sisioterapeuta no Programa da Saúde da Família?
- 2) Qual o período do Estudo?
- 3) Que patologias e grupos são atendidos no Programa de Saúde da Família?
- 4) O artigo/texto atende aos Princípios do SUS?
- 5) O artigo/texto atende à Diretrizes do Programa de Saúde da Família?