

ALINE OLIVEIRA RODRIGUES DOS SANTOS

**A PROPOSTA FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA  
FAMÍLIA: *a integralidade do cuidado***

Monografia apresentada à  
Universidade Estadual de  
Campinas, no *campus* da  
Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba, como requisito para  
a obtenção de Título de  
Especialista em Saúde Coletiva  
e da Família.

PIRACICABA

2014

ALINE OLIVEIRA RODRIGUES DOS SANTOS

**A PROPOSTA FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA  
FAMÍLIA: *a integralidade do cuidado***

Monografia apresentada à  
Universidade Estadual de  
Campinas, no *campus* da  
Faculdade de Odontologia de  
Piracicaba, como requisito para  
a obtenção de Título de  
Especialista em Saúde Coletiva  
e da Família.

Orientador: Prof. Ms. Fabrício  
Narciso Olivati

PIRACICABA

2014

Ficha catalográfica

Universidade Estadual de Campinas

Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Marilene Girello - CRB 8/6159

Santos, Aline Oliveira Rodrigues dos, 1989-  
Sa59p A proposta fisioterapêutica na saúde da família: a  
integralidade do cuidado / Aline Oliveira Rodrigues dos  
Santos. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2014.

Orientador: Fabrício Narciso Olivati.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –  
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba.

1. Programa Saúde da Família. 2. Saúde coletiva. 3.  
Modalidades de fisioterapia. I. Olivati, Fabrício Narciso,  
1976- II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

## SUMÁRIO

RESUMO	04
ABSTRACT	05
1 INTRODUÇÃO	06
2 OBJETIVO	08
3 METODOLOGIA	09
4 REVISÃO DA LITERATURA	11
5 DISCUSSÃO	17
6 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

## RESUMO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a busca dos seus princípios está gerando mudanças nas práticas de saúde, promovendo alterações no processo de formação e desenvolvimento de profissionais da área. Já é de conhecimento que no Núcleo Assistência a Saúde da Família o profissional fisioterapeuta é requisitado, porém com a carga horária diferenciada e a formação assistencialista o processo de trabalho é dificultado além de não maximizar o acolhimento, a organização das ações e trabalhos com grupos operativos – indispensáveis à integralidade. Dado esse questionamento, este estudo trabalha a temática da proposta fisioterapêutica e suas ações no cuidado integral. Percebeu-se que a literatura descreve as potencialidades da ciência Fisioterapia em além da reabilitação tão eficazmente empregada, trazer resultados significativos e reais no que tange a prevenção, promoção e educação em saúde; devendo ser maior explorada e inserida nas estratégias de saúde pública.

Descritores: Programa Saúde da Família; Saúde Coletiva; Fisioterapia; Modalidades de Fisioterapia.

## ABSTRACT

The implementation of the Unified Health System (SUS) and the pursuit of its principles is generating changes in health practices, promoting changes in the training and development of professionals in the process. Already it is known that the Core Support Family Health professional physiotherapist is required, but with different workload and welfare training the worker process is hampered in addition to not maximize the reception, organization of activities and works with operating groups - essential to integrality. Given this challenge, this study works the theme of physical therapy and its proposed actions in comprehensive care. It was noticed that the literature describes the potential of science in addition to physiotherapy rehabilitation as effectively employed, bring real and significant with respect to prevention, promotion and health education results; should be explored and fits into the greater public health strategies.

Keywords: Family Health Strategy; Public Health; Physical Therapy Specialty; Physical Therapy Modalities.

## 1 INTRODUÇÃO

A estratégia prioritária nacional na Saúde Coletiva é a Saúde da Família (PSF) e é incipiente a participação de outros profissionais de saúde na atenção primária pois, a exemplo da fisioterapia, tem muito a contribuir no desenvolvimento de ações preventivas (promoção de saúde e proteção específica) – primárias, secundárias (diagnóstico precoce) e não apenas terciárias (reabilitação) (Neves & Aciole, 2011).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a busca dos seus princípios tem suscitado mudanças nas práticas de saúde, promovendo alterações no processo de formação e desenvolvimento de profissionais da área (Seriano *et al.*, 2013).

Tanto, que a portaria número 154 de 24 de janeiro de 2008 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e com eles surgiu a necessidade de organizar as práticas profissionais da fisioterapia que se dá especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família em todas as ações de sua responsabilidade (Barbosa *et al.*, 2010).

Pois é sabido que, no NASF um dos profissionais mais requisitados é o fisioterapeuta, porém com a carga horária diferenciada o processo de trabalho é dificultado pois uma destas causas é a formação assistencialista que dificulta o acolhimento, organização das ações e trabalhos com grupos operativos (Barbosa *et al.*, 2010).

A fisioterapia no modelo de Vigilância em Saúde com a atenção básica como eixo de reestruturação do sistema de saúde, tem a necessidade de superar a reabilitação em prol do modelo da fisioterapia coletiva (Bispo Júnior, 2010).

Já que nos anos setenta e oitenta, acompanhando a reforma sanitária brasileira, os documentos legais oficializaram o processo que levou a fisioterapia, profissão historicamente reconhecida pela atuação clínica, a mudar seu objeto de trabalho, aproximando o fisioterapeuta de

práticas preventivas e de promoção de saúde, típicas do primeiro nível do cuidado e assim possibilitando a integralidade (Rezende *et al.*, 2009).



## **2 OBJETIVO**

O objetivo deste estudo é verificar o desenvolvimento da proposta fisioterapêutica na Saúde da Família no que tange à integralidade do cuidado na Saúde Coletiva no Programa Saúde da Família.

### 3 METODOLOGIA

Com propósito na necessidade de se fazer conhecido a atuação dos cuidados em fisioterapia na saúde coletiva, focalizando-se na Saúde da Família, foi levantado o seguinte questionamento.

Se há a integralidade do cuidado para o profissional fisioterapeuta neste campo de trabalho.

A localização e seleção dos estudos foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme/OPAS/OMS), além da procura manual nas referências dos artigos.

A pesquisa compreendeu o período de janeiro de 2003 a dezembro de 2013.

A estratégia adotada foi o cruzamento, para busca, dois a dois de descritores, conforme relacionado no Quadro 1.

#### **Quadro1.** Metodologia de cruzamento dos descritores

1. programa saúde da família;	a.fisioterapia;
2. saúde coletiva.	b.modalidades de fisioterapia.

Cruzamentos: 1+a; 1+b; 2+a; 2+b.

Pela reduzida amostra de estudos; já evidenciada por outros autores (Neves & Acioli 2011; Frazão & Costa 2006), foram aceitos todos os tipos de estudo que referiam a participação do fisioterapeuta na Saúde da Família.

Para o cruzamento 1+a, do total de 39 artigos foram incluídos 23 e excluídos 16. Para 1+b, do total de 10 artigos encontrados os incluídos somaram 07 e excluídos 03.

Já para o cruzamento de 2+a, do total de 91 artigos, foram incluídos apenas 13 e excluídos 78. Para 2+b, do total de 34 artigos, os incluídos foram 06 e excluídos 28.

Faz-se necessário informar que alguns artigos apareceram em mais de um cruzamento; sendo o número real de artigos utilizados a soma de 38 artigos explorados.

Foram excluídos os estudos que não descreveram/ou não realizaram a participação da fisioterapia na Saúde da Família e os localizados em fontes não disponíveis. A avaliação crítica dos estudos encontrados foi baseada nos critérios de inclusão e exclusão.

Os artigos incluídos foram interpretados e analisados qualitativamente, com ênfase em seus objetivos e conclusões.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

Nos últimos dez anos do século XX, destacando-se o ano de 1995 e em diante, começaram a surgir, mais efetivamente, algumas experiências da fisioterapia na atenção básica à saúde no Brasil (Faria & Castro Santos, 2011).

Essas foram motivadas pela mudança na Política Pública de Saúde que, legitimadas pela Constituição Federal de 1988, se assegurou o direito à saúde como um direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS) (Zem-Mascarenhas *et al.*, 2012).

Porém as dificuldades de adaptação da Fisioterapia à essa novidade foi (ou ainda é) a inversão do modelo assistencial que passa então a priorizar as ações no nível primário de atenção à saúde (Freitas, 2006).

Pois, a medida que o novo perfil epidemiológico e a nova lógica de organização do sistema de saúde sugerem a reestruturação das práticas profissionais; se faz necessária a redefinição do campo de atuação do fisioterapeuta que desvincula então, a visão somente à cura de doentes e reabilitação de sequelados (Bispo Júnior, 2010).

Foi nesse cenário que houve uma espécie de apresentação da Fisioterapia às políticas públicas de saúde brasileira. Os incessantes debates coletivos sobre alguns temas históricos da saúde (descentralização, universalidade do atendimento, ações integradas na saúde, modelos assistenciais, entre outros), em especial, a partir do início do movimento da reforma sanitária brasileira, parece terem “marcado encontro” com a profissão através da sua participação na formulação das diretrizes curriculares (Carvalho & Caccia-Bava, 2011).

Fez-se e ainda se faz necessário, atentar para a composição de uma equipe de saúde pois, tanto o fisioterapeuta quanto o agente comunitário tem existência importantes, pelo motivo de contribuem, com suas interações e atividades integradas, à qualificação das ações de

saúde junto à comunidade e à efetividade de um sistema de saúde universal, integral e equitativo (Loures & Silva, 2010).

Isso, de certa forma, permite o confronto entre o isolamento até então vivido pela profissão, representado pela interlocução quase exclusiva dos fisioterapeutas na busca do desenvolvimento das suas práticas num campo de trabalho já pré-definido pela sua história, com uma dimensão mais ampliada que nos debates, além da presença de outros atores da saúde, a discussão sobre o papel social das profissões da saúde, com destaque para a participação na formulação das políticas públicas e reflexões sobre práticas de saúde; constituindo-se assim em elementos centrais (Barbosa *et al.*, 2013).

Sendo assim, é possível afirmar o fisioterapeuta pode, na atenção primária, efetivar sua integração na equipe multiprofissional das Unidades Básicas de Saúde (UBS), no apoio matricial e programas de Saúde da Família, pois não apenas restaura, desenvolve e conserva a capacidade física do paciente, com também previne doenças e promove orientações atuando com base em três estratégias: orientação, assistência e acompanhamento (David *et al.*, 2013).

As concepções biomédicas de saúde/doença fortaleceram ainda uma prática em saúde muito afinada com parâmetros apenas biológicos faltando de forma importante as considerações psicológicas e sociais (Ideishi *et al.*, 2010; Frazão & Costa, 2006).

Essas concepções são proporcionalmente tão significantes na Fisioterapia, que a introdução das disciplinas de Antropologia, Sociologia e Saúde Pública no ciclo de matérias de formação geral, assim como a de Fisioterapia Preventiva, no ciclo de matérias profissionalizantes, não foi suficiente para, pelo menos, produzir um equilíbrio na formação profissional que, por exemplo, inserisse efetivamente a profissão nas discussões sobre prevenção e promoção da saúde (Naves & Brick, 2011; Borges *et al.*, 2007).

Já é sabido também que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em relação aos países da América Latina, o Brasil assume uma posição intermediária, com uma população de idosos correspondendo a 8,6% da população total, por exemplo. (Aveiro *et al.*, 2011).

Isso revela que a fisioterapia também deve ter apoio matricial sobre a população de idosos pelas mudanças sociodemográficas na busca pela consolidação de uma política nacional de saúde calcada na noção de direitos de cidadania (Aveiro *et al.*, 2011).

Após dezenove anos, através da Resolução CNE/CES nº 4, em 19/02/2002 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia e ficou claro o rompimento com a lógica presente nos currículos anteriores em relação à sua estrutura, como também com a base conceitual que o fundamenta (Cruz *et al.*, 2010).

A partir daí que a formação do fisioterapeuta passou a ser proposta com maior ênfase na capacitação para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, saindo da exclusividade do atendimento individual, engendrando, assim, na perspectiva de uma formação generalista em que os estudos de outras dimensões relacionados à saúde (como por exemplo, o cuidado) passam a ser valorizados na formação profissional (Oliveira *et al.*, 2011; Gonçalves *et al.*, 2012).

De acordo com a Resolução nº 4/2002 CNE/CES, artg 3º das Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia: “O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade (Medeiros & Neves, 2013).

Entretanto, há um desconhecimento sobre as competências do profissional fisioterapeuta por parte dos gestores municipais e falta reconhecimento do fisioterapeuta no que diz respeito à atuação preventiva e da fisioterapia como área da Saúde com participação tão importante quanto às demais inseridas no PSF (Delai & Wisniewski, 2011).

E existem ainda muitos municípios onde nenhum fisioterapeuta está inserido no PSF e que portanto, não é disponibilizado o serviço de fisioterapia que, pelos profissionais, têm a percepção da atuação junto à comunidade de forma preventiva (Delai & Wisniewski, 2011).

Isso demonstra uma necessidade de esclarecimentos quanto as capacidades e trabalho do fisioterapeuta com a finalidade de ampliar a experiência desse profissional no Programa Saúde da Família de forma mais eficaz na prática da integralidade da atenção e evitar tal reflexo apenas reabilitador (Silva & Da Ros, 2007).

Se assim for o profissional fisioterapeuta terá reconhecida sua capacidade de ter como objeto de estudo não só o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades e alterações patológicas, cinéticofuncionais; mas também suas repercussões psíquicas e orgânicas, focando preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções não só na elaboração do diagnóstico físico e funcional, como também na eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos na prevenção, tratamento ou reabilitação que se fizer necessária em dada situação (Langoni *et al.*, 2012; Gallo, 2005).

Baena & Soares (2012) reforçaram que sim, há possibilidades de ação do fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família, porém se faz necessário aumentar a resolubilidade da mesma quanto ao preparo da equipe, pois no estudo feito no Rio Grande/RS, os trabalhadores afirmaram se sentir despreparados e inseguros quanto ao que fazer na atenção primária para tratar, respectivamente: atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, treino de marcha, atenção a deficientes físicos e amputados.

Já a opção pelo atendimento domiciliar, com o intuito de identificar as transformações necessárias para uma boa prática da fisioterapia na atenção básica, ocorreu em função de duas questões centrais: a primeira está relacionada a este tipo de atendimento constituir-se, inicialmente, no maior apelo para a justificativa da atuação da Fisioterapia nesse nível de atenção à saúde, o que o torna presente em quase todas as experiências que vêm sendo desenvolvidas pela profissão no país; a segunda questão se relaciona com a possibilidade mais efetiva do confronto entre os atendimentos realizados em outros níveis de atenção à saúde, estabelecendo, assim, de forma mais clara, o entendimento das resignificações não esgotadas das práticas da fisioterapia na perspectiva da integralidade (Baraúna *et al.*, 2008; Vêras *et al.*, 2005).

O profissional fisioterapeuta no domicílio, ao ser inserido como uma oferta do serviço público ganhou outra visão. Além de acesso aos menos favorecidos, facilitou à profissão o encontro com a realidade – atrás do palco – dos pacientes, até então atendidos em outros espaços. Tais bastidores revelavam o distanciamento da percepção da profissão sobre a situação da saúde da população que era conhecida através dos atendimentos realizados nos hospitais, clínicas e consultórios apenas (Costa *et al.*, 2010; Maciel *et al.*, 2005).

Pois, no encontro domiciliar, os impactos produzidos, tanto para o/a fisioterapeuta, como para os pacientes/famílias, revelam um campo fértil para um relacionamento que produza aprendizado de “mão dupla”. Pelo lado da profissional, o acirramento na perspectiva de pensar a questão da saúde de uma forma alargada, inserindo-se como participante e co-responsável pela solidificação de práticas de saúde integrais, representadas por um atendimento contextualizado com a realidade dessas famílias (Portes *et al.*, 2011; Gontijo & Castro Leão, 2013).

Como diz Marcos Freitas (2006) em sua tese, além das dificuldades de adaptações às novas conceituações propostas como princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), comuns à todos os atores da saúde, algumas indagações preliminares estavam



colocadas para a Fisioterapia, que entre outras questões, incluem: como pensar em ações preventivas e de promoção à saúde quando toda a sua prática desenvolvida até então, trabalhada nas salas de aula das universidades, foi fortificada na coerência com um raciocínio que dimensionou sua atuação nas disfunções físico-funcionais e na hipervalorização da doença? Como trabalhar em um espaço onde o uso da tecnologia – de média e alta complexidade – como: respiradores artificiais, laser, correntes de alta e baixa frequência etc, não é compatível, a priori, com esse nível de atuação? Como enfrentar um novo relacionamento interpessoal com o paciente que, inserido no seu contexto social, o desafia não só em relação doença real, mas também com verdadeiras variáveis trágicas sociais que o cercam? Como atuar junto com outros atores da saúde, se uma das marcas presentes na prática foi o isolamento entre o terapeuta e o paciente?

Ou seja, faz-se necessário a reflexão sobre as formas de integração e a necessidade que se impõe aos gestores de planejar suas ações de forma articulada com a comunidade (Rezende *et al.*, 2009).

Não se deve então, encarar o termo integralidade, como um conceito pronto, mas apenas como um “ideal regulador”, um dever. Algo com a finalidade de objetividade para a investigação científica, que se busca aproximar. Em um cotidiano de exercício seguro e bem fundamentado de práticas terapêuticas informadas e aparelhadas será mais possível construir essa integralidade buscada (Silva *et al.*, 2005; Rizzo *et al.*, 2008).

Houve quem examinasse questões relacionadas aos limites e possibilidades de construção da integralidade nos serviços de saúde e com conclusão em relação entre demanda e oferta no cotidiano dos fisioterapeutas em suas práticas nos serviços de saúde, apontando a integralidade como eixo condutor das práticas em saúde, como garantia dos objetivos dos programas de saúde (Trelha *et al.*, 2007; Chiarello & Jeffries, 2008).

## 5 DISCUSSÃO

Segundo Naves e Souza (2011), para um bom planejamento sanitário é imprescindível se conhecer os problemas de saúde da população e o fisioterapeuta é um profissional que além de hábil para percepção desses problemas, pode atuar em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) dentro da equipe multidisciplinar. Contudo, apesar das demonstrações isoladas em algumas regiões brasileiras da inserção da fisioterapia no PSF com bons resultados na atenção à saúde da população, por questões de ordem político-econômica e organizacionais essa integração é subutilizada e pouco transmitida.

Para Faria & Castro Santos (2011), o tema cuidar é um processo fundamental da atenção à saúde e requisito indispensável da formação em fisioterapia pois, não trata apenas da prevenção baseada em grandes números epidemiológicos mas sim do cuidado visto com as lentes da individualidade de cada sujeito a se chamar paciente.

Isso corrobora com Chambliss (1996) de que a organização social do cuidado em relação à doença, à cura e à morte é ato organizacional, ou seja, é um conjunto de papéis, instituições e contexto organizacionais que desde uma abordagem hospitalar até um posto de saúde rural, é produto de interações sociais, grupos de interesses, conhecimentos especializados, ocupações e profissões, hierarquias, conflitos e alianças, negociações e imposições que, se levados na íntegra, imporão propósito de humanização do cuidado, da atenção integral que também deve ser universal e equitativa os quais, ao bem entender, são princípios regentes do SUS.

Em um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde conhecido como PET-Saúde, realizado no município de São Carlos por Zem-Mascarenhas *et al.* (2012), ficou evidenciado que a Estratégia saúde da Família que é planejada , conforme citado anteriormente, para

reorientar o modelo de cuidado à saúde e operacionalizada mediante implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde; só foi bem desenvolvida pela integração de alunos de diversos períodos de formação e de cursos distintos entre si (enfermagem, fisioterapia, medicina, terapia-ocupacional e membros da secretaria de saúde do município), tutores e preceptores em atividades de ensino, pesquisa e extensão que tinham como foco a excelência, integralidade e resolubilidade dos projetos propostos como por exemplo determinantes de condições de vida e estado de saúde/doença, perfil demográfico e epidemiológico da população municipal analisando relações com a realidade vigente dessa população a partir do olhar característico de cada profissão.

Porém, conforme Carvalho & Caccia-Bava (2011) em concordância com Langoni *et al.* (2012) bem pontuaram, pela história da fisioterapia no Brasil ter sua origem sem tradição com a atenção básica à saúde pois concentrou-se na ações secundárias (diagnósticos e tratamentos) e terciárias (limitação de danos e reabilitação); há um desconhecimento a respeito da atuação do fisioterapeuta e sua relevância como agente de saúde causando uma certa limitação do acesso da comunidade ao serviço de fisioterapia na ESF.

Gontijo & Castro Leão (2013) notificaram, num estudo feito no Centro de Saúde Barreiro em Belo Horizonte com idosos que, a falta do profissional fisioterapeuta nas equipes de identificação de riscos e em programas preventivos na saúde coletiva é uma problemática porque além dos NASFs viabilizarem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade tão amplamente defendidos, também, com isso, foi ampliada a abrangência das ações de atenção básica no que tange a resolubilidade apoiando a ESF o que maximizou o processo de territorialização e regionalização. Isso possibilitou perceber, pela eficácia das ações em fisioterapia realizadas, prever a redução de custos com assistência médica, em melhor qualidade de vida desses idosos

reduzindo até, quando hospitalizado a diminuição da média de permanência de ocupação dos leitos.

Segundo Oliveira *et al.* (2011), o profissional fisioterapeuta, em igualdade com outros profissionais, tem sólida formação acadêmica para desenvolver eficazes programas de educação e promoção de saúde e por isso vem conquistando um espaço de destaque dentro do PSF em alguns municípios do Brasil, porém o modelo dessa atenção fisioterapêutica no PSF ainda não está claramente definido na literatura e esse processo de transformação de entendimento sobre as ações desse profissional é complexo e deve começar já na graduação e manter-se como um processo de educação continuada; pois a necessidade da fisioterapia na atenção primária não se dá apenas com a reabilitação mas também nas ações educativas sobre os índices de incidência e condições de saúde mais sensíveis à atenção primária.

Ainda Trelha *et al.* (2007) propõe que para se alcançar a integralidade do cuidado é necessário agregar a prevenção, assistência, recuperação, pesquisa e educação em saúde – cinco pontos que estão totalmente ligados com as ações em fisioterapia.

Um exemplo bem sucedido a se destacar é no norte do estado do Ceará, no município de Sobral que adotou a estratégia do PSF em 1997 e a partir do ano de 1999 o fisioterapeuta foi inserido neste programa. O estudo feito por Vêras *et al.* (2005) percebeu que 67% das ações fisioterapêuticas na ESF estavam relacionadas à promoção de saúde, prevenção de doenças e ao invés de realizadas como no modelo individual e curativo, eram em sua maioria realizadas coletivamente separando-se apenas por grupos de interesse, como por exemplo, grupos de mães com crianças portadoras de infecção respiratória aguda, grupo de prevenção de incapacidades e etc. Os resultados mostraram-se bastante significativos.

Percebe-se em concordância com Naves & Souza (2011), que a atuação do fisioterapeuta não se limita apenas ao setor curativo e de reabilitação. As muitas discussões e reflexões trouxeram clareza de que

as ações de prevenção em educação e saúde são essenciais para melhora da qualidade de vida de qualquer população e que as intervenções no atendimento tanto domiciliar, quanto em grupos e as diversas situações que se podem apresentar a necessidade do cuidado, podem levar à uma melhora significativa na relação do paciente com o meio, tanto físico como social, portanto integral.

## 6 CONCLUSÃO

A fisioterapia têm um grande desafio com a integralidade do cuidado: a humanização do cuidar e a produção do 'autoconhecimento' a começar nas salas de graduação que apesar da origem vinculada ao paradigma reabilitador, é dotada de capacidades provadas de pensar, estudar, desenvolver e publicar suas ações de prevenção, promoção e educação em saúde em todas as situações potenciais que se pode ocorrer na população como um todo.

Conclui-se então, que o profissional fisioterapeuta tem, sem dúvidas, capacidade de ser inserido na atenção básica e de ter, portanto, uma atuação na saúde da população podendo por meio desta agir e promover o cuidado integral.

## REFERÊNCIAS

Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, 16 (supl 1): 1467-1478.

Borges HL, Malucelli A, Paraiso EC, Moroc C. A physiotherapy EHR specification based on a user-centered approach in the context of public healthy. **AMIA Annu Symp Proc.**, 2007, 61-5.

Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter Mov.** 2010 abr/jun; 23 (2): 323-30.

Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, 15 (Supl 1): 1627-1636.

Barbosa GR *et al.* Promoção de Saúde para uma equipe de Saúde da Família: Enfoque na percepção corporal. **Rev. APS**; abr. 2013, 16(2).

Baena CP, Soares MCF. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. **Fisioter Mov.**, Curitiba, abr/jun 2012, v. 25, n. 2, p. 419-431.

Baraúna MA, Testa CEA, Guimarães EA *et al.* A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Fisioter. Bras.**, jan-fev 2008, 9(1): 64-69.

Chiarello LA, Jeffries L. Let's share the good news: physical and occupational therapists promotion early intervention. **Phys Occup Ther Pediatric**, 2008, 28(4): 287-90.

Carvalho STRF, Caccia-Bava MCGG. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Fisioter. Mov.**, dec. 2011, Curitiba, v. 24, n. 4.

Castro SS, Cipriano Júnior G, Martinho A. Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Fisioter. Mov.**; out-dez 2006, 19(4): 55-62.

Costa ML, Maia HF, Coutinho M, Beck J. Nível de satisfação com a assistência em fisioterapia coletiva: o olhar dos usuários. **Rev. Baiana Saúde Pública Miolo**. jul./set. 2010, v. 34, n.3, p. 503-514.

Cruz TS, Bellentini NP, Ceretta LB, Coelho BLP, Tuon L. Diagnóstico de saúde e atuação do fisioterapeuta nas Unidades Básicas de Saúde. **Fisioter. Bras.**, Nov./dez. 2010, 11(6):438-443.

Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, 16 (Supl 1): 1515-1523.

David MLO, Ribeiro MAGO, Zanolli ML, Mendes RT, Assumpção MS, Schivinski CIS. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, jan/mar 2013, v. 37, n. 96, p.120-129.

Ferreira FM, Sousa KP. Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde – Revisão Bibliográfica. In: **Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. Belém – Pará, 2013.

Faria L, Castro Santos LA. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. **Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos**. Dec. 2011, Rio de Janeiro, vol. 18 supl. 1.

Freitas MS. **A Atenção Básica como Campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional** [tese]. Rio de Janeiro: UERJ – Instituto de Medicina Social; 2006.

Frazão P, Costa C. Características da produção científica de fisioterapia relacionada à saúde coletiva. **Fisioter. Bras.**, Marc-abr. 2006, 7(2): 132-137.



Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha CS. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. **Trab. Educ. Saúde**, oct. 2012, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2.

Gontijo RW, Castro Leão MR. Eficácia de um programa de fisioterapia preventiva para idosos. **Rev Med Minas Gerais**, 2013; 23(2): 173-180.

Gallo, DLL. **A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária** [dissertação]. Londrina: UEL; 2005.

Ideishi RI, O'Neil ME, Chiarello LA, Nixo-Cave K. Perspectives of therapist's role in care coordination between medical and early intervention services. **Phys Occup Ther Pediatric**, 2010, 30(1): 28-42.

Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, 15 (4): 2155-2164.

Langoni CS, Valmorbida LA, Resende TL. A introdução de atendimentos por fisioterapeutas em Unidades da Atenção Primária em Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, jul./set. 2012, Fortaleza, 25(3): 261-270.

Medeiros DRS, Neves RF. Análise crítica das práticas na atenção à saúde com base nos relatos dos estudantes do curso de fisioterapia. **Rev. Baiana Saúde Pública**; 2013, 37(1).

Maciel RV, Silva PTG, Sampaio RF, Drummond AF. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de fisioterapia. **Fisioter. Mov.**; jan-mar 2005, 18(1):11-17.

Neves LMT, Acirole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, abr/jun 2011, v. 15, n. 37, p. 551-64.

Naves CR, Brick VS. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de Fisioterapia sobre a atuação do

fisioterapeuta em Saúde Pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2011, Rio de Janeiro, vol. 16 supl. 1.

Oliveira G, Andrade ES, Santos ML, Matos GSR. Conhecimento da equipe de Saúde da Família acerca da atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica. **Rev. Bras. Promoç Saúde**, out/dez 2011, Fortaleza, 24(4): 332-339.

Portes LH, Caldas MAJ, De Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Rev APS**; jan-mar 2011, 14(1).

Rizzo EP, Cominote P, Colar V *et al.* Intervenção da fisioterapia na comunidade de Araçás – Vila Velha/ES: uma proposta de atuação junto ao Programa Saúde da Família. **Fisioter. Bras.**, jul-ago 2008, 9(4):247-252.

Rezende M, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009, 14 (Supl 1): 1403-1410.

Seriano KN, Muniz VRC, Carvalho MEIM. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no SUS. **Fisioter Pesq.** 2013; 20 (3): 250-255.

Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007, 12 (6): 1673-1681.

Silva DW, Trelha CS, Almeida MJ. Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na Saúde da Família. **Olho Mágico**, 2005; 12(1):15-19.

Trelha CS, Silva DW, Lida LM *et al.* O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). **Revista Espaço para a Saúde**, jun 2007, Londrina, v. 8, n. 2, p. 20-25.

Véras MMS, Pinto VPT, Oliveira EM, Quinderé PHD. A fisioterapia no programa de saúde da família de Sobral CE. **Fisioter. Bras.**; set-out 2005, 6(5): 345-348.

Zem-Mascarenhas SH, Fabbro MRC, Floriano PJ. Relato da experiência de São Carlos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** Marc 2012, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl 1.