

Estratégias, Possibilidades e Conquistas da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: Estudo de Caso

Strategies, Possibilities and Achievements of Physiotherapy in Primary Health Care: Case Study

Gisele Maria Melo Soares¹, Maria Iracema Capistrano Bezerra²

RESUMO

Introdução: Uma recente conquista da fisioterapia foi sua inserção na Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvendo uma prática generalista e promotora de saúde através dos núcleos de apoio à Saúde da Família. Acredita-se que o relato de um caso clínico acompanhado pela fisioterapia no cenário da Estratégia Saúde da Família pode proporcionar importante discussão sobre o papel e as possibilidades de atuação da categoria nesse campo. **Descrição do relato de caso:** Uma criança, 9 anos de idade, sofreu atropelamento, fraturou o fêmur e apresentou perda da funcionalidade por dor, edema e discrepância no comprimento dos membros inferiores. Foram realizados 4 atendimentos individuais com a fisioterapeuta no centro de Saúde da Família. A conduta adotada foi a mobilização articular e orientações sobre exercícios domiciliares, promovendo a autonomia e a independência funcional do paciente. A funcionalidade foi quase totalmente recuperada. Além disso, outras conquistas foram alcançadas: a vinculação com a equipe Saúde da Família e a retomada da dinâmica familiar normal. **Conclusão:** Os resultados descritos apontam para a resolubilidade do acompanhamento fisioterapêutico à família, configurando um novo formato de atuação do fisioterapeuta na APS e fortalecendo o potencial do compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais

Palavras chave: Saúde da Família. Fisioterapia. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Introduction: Physiotherapy inclusion in Primary Care Health (PCH) was a recent achievement enabling a general and health promoting practice through the Family Health support team. The report of a clinical case with physiotherapist's participation in the set of Family Health Strategy can provide important discussion about the role and possibilities of action in this field. **Description of case report:** One child, 9 years old, was hit, fractured his femur and lost functionality presenting pain, swelling and discrepancy in legs length. Four individual sessions with the physiotherapist were performed at Family Health center. Physical therapist conducted joint mobilization and guided home exercises, promoting the autonomy and functional independence of the patient. Functionality is almost fully recovered. In addition, other achievements have been made: the link with Family Health team and the regress to normal family routine. **Conclusion:** Results show the resoluteness of physiotherapist assistance to the family, performing a new physiotherapist's role in PCH and strengthening the potential of sharing responsibilities among professionals.

Keywords: Family Health. Physical Therapy Specialty. Primary Health Care.

1. Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Pública. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará.

2. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Preceptora de categoria do Programa de Residência Multiprofissional em

Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza e docente do curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza.

Autor correspondente: Gisele Maria Melo Soares

E-mail: giselemeloaires@gmail.com

Recebido: 26/09/2013
Aprovado: 12/02/2014

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil provocou grande mudança nos modelos de assistência à saúde. Uma das transformações essenciais foi a adoção do conceito amplo de saúde, assumindo a Atenção Primária à Saúde – APS como eixo principal de reorientação dos modelos de atenção à saúde no país^[1,2].

Na efetivação da APS brasileira, a Estratégia Saúde da Família – ESF surge como uma iniciativa inédita no âmbito das políticas públicas em saúde, por isso, seu desenvolvimento, na prática, apresentou e ainda apresenta algumas dificuldades, estando em constante reavaliação e construção^[3]. Prova disso, foi a criação, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde Família – NASF, com o objetivo de fortalecer e aumentar a abrangência e o escopo das ações da APS^[4].

Os NASF tem o propósito de apoiar, sob a lógica do apoio matricial^[5], as equipes de Saúde da Família – EqSF - atuando enquanto retaguarda especializada na condução dos casos. Esses núcleos são compostos por profissionais de diversas categorias profissionais da saúde e representam uma oportunidade de entrada da fisioterapia na APS, reconhecendo que a atuação do fisioterapeuta nesse contexto é fundamental^[6-8].

O fisioterapeuta é considerado de grande relevância na área da saúde^[6]. No entanto, sua atividade profissional, tradicionalmente, é reduzida ao campo da reabilitação, excluindo-o da atuação no nível da APS^[7-9]. Indo de encontro a esse cenário, os NASF defendem uma prática generalista e promotora de saúde^[4], distanciando-se do contexto especialista e reabilitativo predominante entre fisioterapeutas^[10].

Dessa maneira, integrar esses núcleos exige do fisioterapeuta a realização de atividades que tradicionalmente não lhe cabiam e requer competências profissionais diferentes daquelas hegemonicamente ofertadas nos cursos de graduação^[9,11]. Não se trata da simples inclusão do fisioterapeuta capacitado tecnicamente na ESF. É preciso que este recrie sua atuação profissional, concebendo novos modelos de ação e novos objetivos, rompendo, pois, com o modelo curativista e assistencialista^[12].

Apesar da importante implantação nacional do NASF, ainda existem muitas

dificuldades para a concretização desse trabalho nos moldes da ESF^[13,14]. No entanto a relevância da inserção do fisioterapeuta nesse cenário, só se dará ao passo que a presença dele na comunidade consiga esclarecer, aos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços, o seu potencial de colaborar na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação em saúde e melhora da qualidade de vida^[10].

Assim sendo, o conhecimento e a discussão dessa nova forma de inserção fazem-se extremamente necessários. Com essa intenção, pretende-se aqui descrever uma experiência da fisioterapia em um centro de Saúde da Família – CSF da cidade de Fortaleza/CE. O objetivo do presente artigo é analisar, por meio do relato e da discussão de um caso clínico, o modelo, as possibilidades e os resultados de intervenção clínica da fisioterapia na APS.

O acompanhamento do caso foi realizado pela fisioterapeuta residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) de Fortaleza/CE, no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012. O PRMSFC é uma pós-graduação lato senso em saúde, caracterizando-se como educação pelo trabalho por meio do aprendizado em serviço, que tem o objetivo de formar profissionais para atuarem na ESF, seja nas EqSF ou nos NASF, a depender da categoria profissional.

Dentro dessa perspectiva de atuação, a fisioterapia desenvolve atividades educativas e clínicas, organizando seu trabalho de acordo com as diretrizes do NASF^[4]. Trata-se de uma atuação que foca na promoção da saúde funcional e na qualidade de vida dos pacientes, pautando-se em uma nova lógica e em uma nova relação fisioterapeuta-usuário dos serviços^[8].

Acredita-se que a descrição das etapas seguidas e das conquistas alcançadas no cuidado a um paciente pode nortear a discussão de um modelo de atuação da fisioterapia na APS.

DESCRIÇÃO DO RELATO DE CASO

O caso

O paciente, LFFG, sexo masculino, nove anos de idade, estudante, reside em Fortaleza/CE.

No dia 5 de agosto de 2011, LFFG foi atropelado por uma motocicleta enquanto brincava na rua e sofreu fratura de fêmur, ficando com

imobilização por fixador esquelético externo por 2 meses e 15 dias.

Durante esse período de imobilização o paciente foi internado em um hospital particular conveniado ao SUS, onde recebeu cuidados na área de traumatologia e ortopedia. Os procedimentos hospitalares ficaram pouco claros para a família e não houve mecanismos de contra-referência do hospital ao CSF ou a uma clínica de fisioterapia. Sendo assim, poucas informações estavam disponíveis à família e aos profissionais da ESF sobre esse período de internação. Todas as informações sobre os antecedentes clínicos do paciente foram obtidas pelos relatos de LFFG e da mãe. Vale ressaltar que também não foi programado acompanhamento sistemático na unidade hospitalar, nem houve encaminhamento do paciente para algum equipamento da rede de saúde onde pudesse dar continuidade ao tratamento.

Após o fim da imobilização, o paciente queixava-se de não conseguir deambular. Ele também reclamava não poder realizar flexão do joelho esquerdo e, por conseguinte, as atividades da vida diária, principalmente sua atividade lúdica favorita: dançar.

O caso chegou para a equipe multiprofissional do PRMSFC por demanda espontânea a partir de uma vizinha do paciente que trabalha no CSF. A EqSF que abrange a área onde o paciente mora desconhecia o caso. Nem mesmo o agente comunitário de saúde – ACS tinha conhecimento da existência dessa demanda.

Avaliação Fisioterapêutica

Com o objetivo de avaliar melhor a situação de saúde de LFFG, foi agendado um atendimento individual no CSF. Devido ao fato de as enfermeiras do serviço estarem em greve no período, não foi possível contar com a presença da enfermeira que compõe a EqSF com responsabilidade sanitária pelo território de residência de LFFG. Essa interação com as EqSF deve ser sempre buscada pelos profissionais da estratégia NASF visto que estes não são porta de entrada e devem atuar sempre de maneira articulada com as equipes de referência territorial^[4,5].

Na avaliação fisioterapêutica, além do que o paciente já relatava como queixa, constatou-se

edema em joelho esquerdo, fixação da perna esquerda em extensão, diminuição geral de força no membro inferior esquerdo, dor e dificuldade para deambular, diferença de comprimento dos membros inferiores com apresentação do membro inferior esquerdo mais curto e interferência do quadro na autoestima do paciente. O comprimento dos membros foi avaliado a partir do teste de discrepância entre membros inferiores realizado com o paciente em decúbito dorsal com as pernas estendidas e com flexão dos dois joelhos.

Mais do que uma avaliação fisioterapêutica de caráter anatômico, buscou-se, nesse primeiro atendimento aplicar sobre o caso uma visão da clínica ampliada^[4]. Conversando com a criança e com a mãe que o estava acompanhando, foi possível identificar outras consequências importantes do quadro de LFFG. A situação de saúde do paciente era encarada como um estigma por ele, acarretando inclusive isolamento social por vergonha de apresentar sua dificuldade de locomoção. A alteração da funcionalidade também o impedia de dançar. LFFG dançava no grupo da Igreja aos domingos. Diante de sua recusa em sair e/ou frequentar a igreja, toda a dinâmica familiar ficava alterada. Além disso, a mãe abandonou o emprego para acompanhar o filho desde o dia do acidente. A dependência funcional e o isolamento social do filho eram as únicas causas desse desemprego.

A partir dessa interpretação ampliada do caso, pode-se perceber que um simples problema de saúde pode ter consequências sociais e psicológicas associadas. Na lógica da ESF, é preciso que se investigue também essa dimensão das situações de saúde, uma vez que o ser humano é uma unidade e todos os fatores afetam sua condição de saúde^[4,15].

Acompanhamento da fisioterapia

Foram realizados quatro atendimentos individuais com a fisioterapeuta residente lotada no CSF em questão. Cada atendimento teve uma duração média de 30 minutos.

É importante ressaltar que a conduta adotada foi a mobilização articular e orientações sobre exercícios de flexibilidade, força e propriocepção a serem realizados no domicílio. Todas as intervenções contaram unicamente com técnicas manuais, visto que o CSF não

disponibiliza outros materiais e equipamentos típicos da reabilitação de nível secundário. No projeto terapêutico singular – PTS^[16] foram incluídas também a prática de atividades que lhe davam prazer, como dançar, e a aproximação da família ao CSF. Cada etapa do PTS foi pactuada com LFFG e com a cuidadora. A vinculação da família ao CSF foi uma meta estipulada não só pela fisioterapeuta, mas por todos os demais profissionais da equipe multiprofissional responsável pelo caso.

A cada atendimento foram realizados diferentes procedimentos por parte da profissional. É importante ressaltar que a cada atendimento e, de acordo com a evolução do caso, diferentes orientações eram repassadas à família. O quadro incluído no final deste artigo sintetiza as intervenções realizadas (Quadro 1).

Depois da sequência de atendimentos descrita no Quadro 1, a funcionalidade foi quase totalmente recuperada e o paciente obteve independência funcional^[17]. Apenas a diferença entre os membros inferiores persistiu dificultando a marcha, pois foi decorrente de defeitos no processo de imobilização.

Para além das conquistas funcionais obtidas com os atendimentos da fisioterapia, deve-se aqui relatar as conquistas ampliadas dentro da realidade da ESF. Quais sejam: estabelecimento de vínculo com o CSF, uma vez que a família não era acompanhada pela equipe de referência; incentivo para que o ACS acompanhasse o caso mesmo que a família não apresente demandas referentes aos programas nacionais de atenção à saúde na Atenção Básica, que são voltados às demandas mais endêmicas nacionalmente; agendamento de atendimento de enfermagem para a mãe de LFFG, iniciando o vínculo com a equipe; e oferta e agendamento de tratamento odontológico para LFFG e a mãe, que foi realizado e concluído com sucesso.

Também é imprescindível reconhecer o impacto dessa recuperação no contexto geral de vida da família. Essas conquistas subjetivas e sociais muitas vezes não podem ser quantificadas em relatórios ou consolidados de atividades e, por isso mesmo, passam despercebidas.

No caso em questão, a recuperação do paciente foi importante, pois ele retomou suas atividades de vida diária, como frequentar o grupo de dança da igreja e ir à escola normalmente sem

resistência ou vergonha do convívio com os colegas. Com isso, a rotina da família voltou ao normal ao retomarem as visitas à igreja, os passeios de fim de semana e todas as demais atividades. Outra conquista fundamental tem relação direta com a mãe. Esta havia largado o emprego para acompanhar o filho nos procedimentos hospitalares e na recuperação. Com a independência funcional e social do filho, ela voltou a trabalhar.

DISCUSSÃO

A descrição do caso conduz a três dimensões de análise.

Primeiramente, pode-se problematizar a resolubilidade do acompanhamento da fisioterapeuta residente. Após dois meses e dez dias aproximadamente, incluindo-se aí o período de recesso de final de ano em que a unidade não funciona e houve as férias da profissional, o menino LFFG recuperou sua funcionalidade e independência, retomando também sua autoestima e inclusão social.

Para alcançar esse resultado, a fisioterapeuta dispôs apenas de terapêuticas realizadas com as mãos. Apesar de as intervenções não se encaixarem naquilo que tradicionalmente está difundido no meio acadêmico enquanto técnicas de terapia manual (osteopatia e quiropraxia, Reeducação Postural Global – RPG, método Kabat, etc.), o tratamento não utilizou nada além das mãos. Os únicos objetos que auxiliaram foram aqueles de uso cotidiano e doméstico da criança, como uma bola de borracha.

Defende-se aqui que esse tipo de intervenção, bem como a grande parte das práticas fisioterapêuticas, é terapia manual no sentido amplo do termo e deve ser valorizada como tal. A origem da profissão, inclusive, remonta ao uso de técnicas manuais com vistas à reabilitação^[8]. O uso das mãos é uma habilidade fisioterapêutica independente de seguir fielmente a uma escola ou técnica. Sendo assim, este caso corresponde a uma intervenção com terapia manual bem sucedida.

Atendimento	Data	Estado Clínico	Procedimentos	Orientações
Avaliação	22/11/2011	Edema em joelho esquerdo; Perna esquerda em extensão; Diminuição de força no membro inferior esquerdo (MIE); Dor; Dificuldade para deambular; Diferença de comprimento dos membros inferiores; Auto-estima afetada pelo quadro.	Atendimento fisioterapêutico com demonstração dos exercícios orientados; Encaminhamento ao médico para ele encaminhe ao ortopedista (avaliação e correção da discrepância no comprimento dos MMII).	Exercícios ativos livres joelho, coxa e tornozelo; Caminhada sem apoio; Exercícios de propriocepção (andar em diferentes terrenos); Elevação de MIE para reabsorção do edema.
Atendimento 2	29/11/2011	Grande evolução da funcionalidade; Ausência de dor; Ganho de força muscular; Conquista da marcha sem apoio, apesar de claudicante; Aumento da amplitude de movimento (ADM) para flexão do joelho esquerdo.	Observação da realização dos exercícios ensinados anteriormente; Reavaliação; Atendimento fisioterapêutico com demonstração dos exercícios orientados.	Orientações anteriores mantidas (exceto elevação de MIE); Marcha para equilíbrio na ponta dos pés; Dançar.
Atendimento 3	14/12/2011	Maior independência funcional; Maior equilíbrio na marcha; Pé esquerdo em rotação externa.	Mobilizações do joelho E para flexão em decúbito ventral; Exercícios de propriocepção; Treino de equilíbrio.	Orientações anteriores mantidas; Exercícios de propriocepção com bola; Marcha em frente ao espelho (corrigindo o posicionamento do pé em rotação externa); Exercícios de equilíbrio; Dançar.
Atendimento 4	31/01/2012	Independência funcional; Correção da postura do pé; Obtenção de amplitude total de flexão do joelho; Marcha independente, apesar de claudicante; Realização das atividades de vida diária normalmente.	Alta do acompanhamento fisioterapêutico sistemático.	Reforço da necessidade de encaminhamento ao ortopedista para indicação da compensação no calçado.

Quadro 1 – Descrição das intervenções realizadas, 2011-2012.

Uma segunda linha de discussão versa sobre o formato de atuação dos fisioterapeutas na ESF. O relato dos atendimentos e dos procedimentos realizados em cada encontro deixa claro que a reabilitação não segue os moldes tradicionais, nem exige a grande especialização de equipamentos e tecnologias duras que as clínicas de atenção secundária e terciária possuem. Por meio de orientações específicas e capazes de promover a autonomia e responsabilização do usuário por seu tratamento, como apresentado, é possível fazer a reabilitação e a promoção da saúde funcional nesse contexto^[8]. E este é um grande resultado desse estudo de caso.

A fisioterapia em Saúde da Família e mais especificamente no NASF deve atuar com foco prioritário sobre ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, intervenções educativas e processos coletivos, como os grupos^[4]. Mas, o profissional também pode e deve atuar em situações semelhantes à apresentada nesse artigo. A ESF tem como vias de atuação a prevenção, a promoção, a reabilitação e a cura^[7].

Muitas vezes os profissionais desse nível de atenção deixam de atender as demandas assistenciais da população por não compreenderem a reabilitação e a cura como nuances do seu processo de trabalho^[18]. A fisioterapia luta por um reconhecimento cada vez maior de que pode atuar nos três níveis de atenção à saúde e não está restrita à reabilitação. Mas a recuperação da funcionalidade não deixa de fazer parte de seu escopo de atuação. Ela é essencial, também caracteriza o papel do fisioterapeuta e deve ser realizada nos três níveis de atenção, bastando apenas que se atente às especificidades de cada tipo de atenção que deve ser ofertada ao usuário. A própria metodologia de trabalho do apoio matricial pressupõe também esse aspecto assistencial da atuação^[4,5,8].

É certo que nem todo tipo de reabilitação poderá ser realizado na conjuntura e no cenário de um CSF. Mas alguns casos podem ser acompanhados e solucionados sem necessidade de encaminhamento para atenção especializada. Existe uma clínica típica da APS e esta não se restringe a práticas educativas e/ou preventivas.

Essa divisão das responsabilidades dos níveis de atenção dependerá, é claro, de uma avaliação inicial realizada por cada profissional e de seu discernimento sobre as condições de

proporcionar cuidados naquela realidade. Para isso, devem ser levados em consideração também fatores pessoais do próprio paciente, como o grau de colaboração e o entendimento das orientações.

Para o sucesso desse caso, apesar das muitas vulnerabilidades, podem ser citadas importantes potencialidades, como: a presença de um fisioterapeuta na equipe do PRMSFC atuando no modelo NASF no CSF; o grande interesse do paciente e da família em resolver o problema; a disciplina do paciente e da família em desenvolverem o projeto terapêutico singular; a autonomia apresentada pela criança e a responsabilização que ela assumiu pelo seu tratamento; e, ainda, a colaboração e disponibilidade da cuidadora.

Por fim, pode-se analisar este caso dentro da perspectiva do apoio matricial^[5]. Apesar de o caso ter chegado como demanda para a fisioterapia, todas as etapas e tomadas de decisão foram compartilhadas com a EqSF, construindo vínculos entre a família e o CSF. Esse compartilhamento de casos embasa o apoio matricial.

A compreensão do apoio matricial enquanto tecnologia de gestão da atenção está diretamente relacionada com a ideia de equipes de referência como arranjo organizacional^[5]. Essas equipes, no caso as EqSF, são profissionais que tem responsabilidade sobre os envolvidos no caso e, por isso mesmo, são essenciais na resolução da situação. O apoiador matricial funciona como retaguarda especializada que atua como uma rede assistencial que pode ser acionada pela equipe de referência para auxiliar na condução do caso^[19]. O NASF deve atuar nessa perspectiva, daí a importância de discutir também a condução do caso sob dimensão do compartilhamento de responsabilidades com a EqSF^[2].

Mesmo quando o caso chega ao conhecimento dos profissionais como demanda para alguma categoria do NASF, como na situação aqui detalhada o foi para a fisioterapia, é preciso que a tecnologia do apoio matricial seja tomada como pilar da atuação, proporcionando sempre um movimento de troca e compartilhamento de informações, práticas e conhecimentos entre os profissionais. O fluxo existente entre NASF e EqSF deve estabelecer encontros capazes de fomentar a interprofissionalidade e a integralidade da atenção^[2,19].

Diante de tudo o que foi apontado, esse caso se trata de uma atuação pontual, porém efetiva da fisioterapia no cenário da APS. A análise desse caso enriquece cientificamente a categoria profissional, pois justifica sua inserção na ESF, divulga resultados obtidos e anuncia suas possibilidades de ação.

Este caso demonstra que em algumas situações a fisioterapia, mesmo no contexto da APS que é mais voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças, pode apresentar grande potencial de resolubilidade e recuperação da saúde funcional. A partir disso, é imprescindível apontar a importância da inclusão da fisioterapia generalista e promotora de saúde na ESF, entendendo sua inserção nesse espaço também enquanto uma vertente clínica^[7].

Além disso, essa modalidade de trabalho é nova e desafiadora para os profissionais fisioterapeutas^[20]. Divulgar cientificamente resultados e experiências fortalece a construção de um campo de atuação da fisioterapia na APS.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo ministério da saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:1727-42.
2. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2013;22:173-86.
3. Paim JS. Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. *Saúde em Debate*. 2009;33(81):27-37.
4. Brasil. Secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica. Diretrizes do NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:399-407.
6. Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Gondim FVC. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. *RBPS*. 2005;18(1):3-6.
7. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:1627-36.
8. Espíndola DS, Borenstein MS. Evolução histórica da fisioterapia: da massagem ao reconhecimento profissional (1894-2010). *Fisioterapia Brasil*. 2011;12(5):389-94.
9. Silva DJ, Ros MAD. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12:1673-81.
10. Rezende M, Moreira MR, Amâncio FA, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:1403-10.
11. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2009;16:655-68.
12. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(1):92-6.
13. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioterapia em Movimento*. 2010;23:323-30.
14. Santos MJ. Fisioterapia: da especialidade à integralidade. *Fisioterapia Pesquisa*. 2011;18(2):109.
15. Silva ID, Silveira MdFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:1535-46.
16. Cunha GT, Campos GWS. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org & Demo*. 2010;11(1):31-46.
17. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005;8:187-93.
18. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. 2011;14(1):111-9.
19. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando

inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 2009;18:63-74.

20. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da

Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*. 2013;37(2):176-84.