

ARTIGO ORIGINAL

POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DOCUMENTAL

Capabilities and challenges of physical therapy in the context of primary health care: documental analysis

Maria Joseane Freitas

Graduanda do oitavo semestre do Curso de Fisioterapia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

E-mail: mariafreitas12.1@bahiana.edu.br

Resumo

Introdução: Considera-se recente o diálogo entre a fisioterapia e a Atenção Primária à Saúde (APS). Apenas em 20 de maio de 2009, com a Resolução do COFFITO nº 363, a fisioterapia foi reconhecida como especialidade em Saúde Coletiva, oficializando a relação da profissão com a APS, seus desafios e potencialidades de atuação na perspectiva da vigilância em saúde. Objetivo: Analisar as potencialidades e os desafios para a atuação da fisioterapia no contexto da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. Métodos: Trata-se de uma análise documental, na qual, as buscas de artigos incluem pesquisas em bases eletrônicas, busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas e documentos públicos. Todas as fontes selecionadas passaram pelas fases de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, de forma a dar sentido lógico e coerente ao conteúdo apresentado. Através da leitura do título e resumo de cada artigo, foi possível verificar se havia relação do estudo com a pergunta de investigação e, dessa forma, selecionar os artigos que seriam incluídos como fonte para a pesquisa, os critérios de exclusão foram, artigos

Antonio Maurício Rodrigues Brasil

Fisioterapeuta e Especialista em Saúde da Família pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

que não contextualizasse a realidade da Saúde de Pública do Brasil. Considerações finais: Este estudo apresenta desafios e potencialidades da atuação da fisioterapia no contexto da APS, com a proposta de promover a desconstrução de paradigmas que rotulam a fisioterapia apenas em seu caráter reabilitador, acarretando na falta de compreensão dos próprios profissionais de saúde e da população. **Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação em Saúde; Fisioterapia.

Abstract

Introduction: The dialogue between physiotherapy and Primary Health Care (PHC) is considered as recent. It was only on May 20, 2009, in the COFFITO of Resolution No. 363, that physical therapy has been recognized as a specialty in Public Health, confirming the relationship of the profession with the PHC, its challenges and potential activities in health surveillance perspective. Objective: To analyze the opportunities and challenges for of physiotherapists in the context of Primary Health Care, in view of the comprehensiveness of health care. Methods: This is a documentary analysis, which searches included research in electronic databases, manual search of

citations initially identified in publications, articles and public documents. All selected sources have gone through the stages of exploratory reading, selective, analytical and interpretive, to give logical and coherent sense to the presented content. By reading the title and abstract of each article, it was possible to see if there was a relationship with this study research question. Consequently, were select articles that would be included as a source for research, the exclusion criteria were articles that do not contextualize the reality of Public Health of Brazil. Final Thoughts: This study presents the challenges and potentialities of physiotherapy performance in the context of the PHC, with the proposal of promote the deconstruction of paradigms that labels physiotherapy as rehabilitator profession, resulting in the lack of understanding of the healthcare professionals and the public.

Keywords: Public Health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Education; Physiotherapy.

Introdução

A construção de um diálogo efetivo entre a Fisioterapia e a Atenção Primária à Saúde (APS), pode ser considerado como fato ainda recente. As mudanças realizadas no sistema de saúde e no perfil epidemiológico e demográfico da população ao longo das últimas décadas abriram um espaço que ratifica e fortalece essa relação, ampliando o escopo de possibilidades, de atuação desta categoria profissional.¹ Em contrapartida, trouxe novas responsabilidades e desafios a serem enfrentados, no sentido de concretizar a sua atuação na perspectiva da vigilância e do cuidado integral à saúde. Nesse contexto, a

fisioterapia passou, sobretudo nas últimas décadas, por uma espécie de redimensionamento de suas práticas, a fim de ajustar-se a um novo cenário, desconstruindo paradigmas e inserindo-se em um contexto de alta complexidade e baixa densidade, local onde predominam as tecnologias leves, mas sem descuidar-se das ações de prevenção secundária e terciária, que sempre historicamente a caracterizaram.^{2,3}

A fisioterapia no Brasil é, ao menos oficialmente, uma profissão ainda jovem com pouco mais de 40 anos, tendo sido elevada à categoria de profissão de nível superior em outubro de 1969. O Decreto-Lei nº. 938 traz em seu art. 3º, que “é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.”⁴ Surgiu no Brasil, sobretudo com a finalidade de recuperar fisicamente as pessoas com sequelas advindas das guerras, de acidentes de trabalho e da poliomielite.⁵

Considerando a Lei nº 6.316, o processo de regulamentação da profissão de Fisioterapia iniciou-se em 1975, ano em que foi criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Mais recentemente, a Resolução do COFFITO nº 363, de 20 de maio de 2009 “Reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional”.

Trata-se de um reconhecimento oficial da instância máxima da Fisioterapia no país, reconhecendo, estimulando e ratificando o lugar da APS como, também, o lugar da Fisioterapia. A normatização do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu a partir da década de 90 e a inserção laboral da fisioterapia no contexto da APS foi, aos poucos, sendo formalmente institucionalizada.⁶

A fisioterapia coletiva está inserida no âmbito da APS e, dessa forma, a sua atuação deve seguir os pressupostos norteadores do SUS, através em seus princípios doutrinários e organizativos, além de estar contextualizada às formas de produção de saúde e de cuidado que caracterizam esse nível de atenção. A APS é encarada como a porta de entrada ao sistema de saúde, tendo na Estratégia Saúde da Família (ESF), o modelo que reorienta e reorganiza suas práticas. Com o intuito de garantir a integralidade do cuidado ao nível da APS e ampliar o fazer das equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.^{2,3,7}

A Fisioterapia faz parte do conjunto de categorias profissionais que integram o NASF e que atuam junto às equipes de Saúde da Família, buscando garantir a longitudinalidade e a integralidade do cuidado ofertado ao

usuário e à coletividade em suas demandas, através de um olhar ampliado acerca das questões de saúde. A metodologia de trabalho da equipe de referência busca compreender e identificar as necessidades da população. Entretanto, no que se refere ao perfil epidemiológico, às possibilidades e riscos sociais, também intervêm nas políticas educacionais, na prevenção de riscos, na promoção de saúde, bem como na reabilitação.^{2,3,8}

Este estudo busca analisar as potencialidades e os desafios para a atuação da fisioterapia no contexto da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde, reconhecendo que esta profissão, por meio de seu saber específico, pode contribuir para a oferta de um cuidado integral à saúde em todos os níveis de atenção. Justifica-se pela necessidade de ampliar as reflexões sobre o fazer da fisioterapia na APS, fortalecendo suas possibilidades de atuação em outras perspectivas, para além daquelas construídas e postas historicamente.

Métodos

Trata-se de uma análise documental na qual a busca de artigos incluiu pesquisas em bases eletrônicas, além da busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas, artigos e documentos públicos. As bases eletrônicas pesquisadas foram LILACS

(Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), e literatura internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Na base MEDLINE foram utilizadas palavras-chave em inglês. Nas bases LILACS e SciELO foram utilizadas palavras-chave em português, inglês. Palavras-chave: Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde, Fisioterapia. Keywords: public health, primary health care, family health strategy, health education, physiotherapy. O período de busca foi entre fevereiro e maio de 2016. Foram selecionados artigos que contemplassem a compreensão da questão norteadora estabelecida e que atendessem ao critério de abordar a atuação da fisioterapia na atenção primária, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde.

Todas as fontes selecionadas passaram pelas fases de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, de forma a dar sentido lógico e coerente ao conteúdo apresentado. Através da leitura do título e resumo de cada artigo, foi possível verificar se havia relação do estudo com a pergunta de investigação e, dessa forma, selecionar os artigos que seriam incluídos como fonte para esta pesquisa. Foram encontrados 29 artigos, utilizados 17, e excluídos 12 por não contribuir com a hipótese levantada pela pesquisa. Os critérios de exclusão foram, artigos que não

contextualizasse a realidade da Saúde Pública do Brasil.

Desenvolvimento

Compreendendo a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações que demanda uma intervenção ampliada em diversos aspectos, com o objetivo de ofertar cuidado, seja num contexto individual ou coletivo e buscando alcançar impactos positivos na qualidade de vida da população. Sua abrangência tem o foco voltado para a promoção, a proteção da saúde, prevenção de agravos, mas também, realiza ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, a fim de se obter a resolutividade das demandas de saúde das pessoas, por meio de um cuidado integral. As chamadas tecnologias leves devem permear todo o processo de trabalho das equipes e auxiliam na observação de critérios de risco e vulnerabilidade de cada território.^{2,3,8,9}

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário, e a ordenação as ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede de regionalizada e hierarquizada.”¹⁰ A APS, enquanto nível de atenção e porta de entrada desse complexo sistema de saúde se

baseia nos fundamentos e pressupostos norteadores do SUS. Territorialidade, descentralização e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais precisam estar em consonância com a equidade de acesso ao cuidado, qualidade e resolutividade, construção de vínculos positivos e corresponsabilização do usuário pela atenção de suas demandas de saúde, estabelecendo relações de afetividade e confiança entre os usuários e a equipe.^{5,11}

A Constituição Federal (CF) de 1988, por meio do seu artigo 169 traz a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1948 já entendia a saúde como um conjunto de fatores que implicam no bem-estar físico, mental e social, desconstruindo a concepção de saúde tão somente como a ausência de doença. Necessária a compreensão de que o sistema de saúde brasileiro com as características que tem hoje, é resultado de lutas e conquistas que foram empreendidas através de um processo de Reforma Sanitária, ainda em curso. O entendimento do conceito ampliado de saúde, que emergiu da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, inclui uma série de aspectos para além da saúde física, orgânica, mas entende a saúde dentro de um contexto que envolve aspectos como trabalho, lazer, educação.¹²

A partir de então, conquistas foram alcançadas, em busca de um sistema de saúde mais digno, igualitário e democrático. A Reforma Sanitária Brasileira teve seu início ainda na década de 70 e se intensificou durante o processo de redemocratização do país, após a queda da ditadura militar e ao longo da década de 80. Em 1987 surge o SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde) e, em 1990 é implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis nº 8.080, de 19/09/90 e nº 8.142 de 28/12/90. Em se falando de Atenção Básica no Brasil, esta deve ser operacionalizada com alto grau de descentralização, sendo a porta preferencial de entrada dos usuários no SUS. Dessa forma, a Atenção Básica à Saúde deve atender aos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da corresponsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.^{10, 13}

A história da Saúde da Família teve início em 1991, ano em que o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de transformar a “Atenção Primária à Saúde, tendo como princípios a territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilidade.”⁶ Este programa foi elaborado com o objetivo de

organizar a APS. O então Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1994, como modelo que se propõem reorganizador e reorientador das ações e práticas de saúde ao nível da atenção primária à saúde.^{1,2,3,14}

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como é conhecida atualmente deve, portanto, nortear suas práticas pelos princípios do SUS, o que inclui a integralidade do cuidado neste nível de atenção. Sendo assim, embora exista maior foco nas ações de vigilância, na promoção da saúde e prevenção de agravos, abrange também as ações voltadas para o tratamento e reabilitação das pessoas. Justamente para ampliar o escopo de ações e contemplar esse cuidado integral no âmbito da APS, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, inserindo nestes outras profissões de saúde, além daquelas que compõem tradicionalmente as equipes de referência de saúde da família.^{2,3,14}

A partir da década de 90 as instituições ligadas à fisioterapia passaram a estimular cada vez mais a inserção do fisioterapeuta na APS. A fisioterapia vem ganhando espaço, desenvolvendo papel importante no cuidado a saúde da população e atuando de forma expressiva em todos os níveis de atenção. No entanto, diferentemente do já consolidado papel nos níveis de prevenção secundária e

terciária, a atuação da fisioterapia na atenção primária encontra-se em processo de construção em virtude dos desafios postos, sendo desdobramento, dentre outros motivos, do estigma que acompanha a profissão, ainda vista por grande parte da sociedade como um profissional da reabilitação.^{2,14}

Importante e necessário, portanto, desconstruir a visão deste profissional enquanto “reabilitador” apenas e consolidar-se como uma profissão de relevância e com possibilidades reais de atuar em consonância com o modelo de atenção vigente, seja na perspectiva da vigilância em saúde, através das ações de educação, promoção da saúde prevenção de agravos, mas que também trata e reabilita quando necessário, garantindo e contribuindo efetivamente para um cuidado integral. Há mais de uma década a fisioterapia vem sendo inserida na APS por meio de suas práticas junto às equipes de Saúde da Família (EqSF).^{1,14}

A atuação da Fisioterapia no contexto da Atenção Primária à Saúde

A fisioterapia surgiu no Brasil no final do século XX com o primeiro curso técnico vinculado à Santa Casa da Misericórdia de São Paulo. Neste momento, o intuito da profissão era, sobretudo, de reabilitar pessoas com sequelas de traumas decorrentes da II Guerra Mundial e lesões musculoesqueléticas,

advindas da elevada incidência da poliomielite, bem como, do aumento de acidentes de trabalho.⁵ Mesmo com as alterações ocorridas no perfil epidemiológico da população e nas modificações empreendidas na organização do sistema de saúde do Brasil, a profissão seguiu atuando com forte cunho reabilitador ao longo do tempo. Nos anos de 1970 e 1980 houve a implantação de novos cursos, o que possibilitou uma evolução e consolidação gradativa da fisioterapia. Sua regulamentação enquanto profissão de nível superior ocorreu no ano de 1969, com o Decreto-Lei 938 em 16 de outubro, devido à sobrecarga epidemiológica e a deficiência do sistema assistencial brasileiro, que acarretou no agravamento das condições de saúde da população. Nesta fase de sua construção histórica como profissão da saúde, a fisioterapia atuava basicamente no nível da atenção terciária, imersa em um modelo biomédico.¹⁵

A Resolução COFFITO-10 (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) em 1978 publicou o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, inaugurando um processo de mudança no perfil profissional do fisioterapeuta e ampliando a atuação da fisioterapia para além da reabilitação. Devido a mudanças tecnológicas e no próprio modelo de atenção, além da implantação de políticas públicas de saúde, a

profissão passou por transformações significativas ao longo das décadas, ampliando suas possibilidades reais de intervir junto à saúde da população.¹⁶

A Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 que trata da criação do SUS traz em sua essência o objetivo de assegurar o direito de todo cidadão a assistência à saúde e foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011. Em 2012, foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo entendimento é de que as ações no nível da APS devem ser desenvolvidas com o mais alto grau de descentralização, tornando-se o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada do sistema de saúde. Esta Política se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social. O novo cenário posto trouxe possibilidades, mas também desafios, tornando necessária a quebras de paradigmas, na busca pelo fortalecimento do diálogo entre fisioterapia e o lugar da integralidade do cuidado.^{1, 2, 11}

Com a criação dos NASF em 2008, várias categorias profissionais da saúde foram, oficialmente, incluídas na APS. Importante ressaltar que o NASF não deve ser considerado como porta de entrada do sistema aos usuários, mas sim de apoio às equipes de Saúde da

Família (eSF). É constituído por equipes compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de SF, contribuindo para a resolutividade das demandas e para a efetivação da integralidade. Esses núcleos atuam na perspectiva do chamado apoio matricial, para um determinado número de equipe de referência de saúde da família, a depender da configuração do NASF, por meio de ferramentas e modos de operar que caracterizam seus processos de trabalho. Essas ferramentas tecnológicas do NASF incluem a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde do Território (PST) que, enquanto tecnologias leves, contribuem para orientar e dar efetividade às suas ações.^{1,2}

A Clínica Ampliada auxilia o NASF a contribuir para a integralidade do cuidado, bem como, na análise de intervenções de problemas, tanto em termos clínicos, quanto sanitários. Não é tarefa simples atuar numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Pressupõe o compromisso e a disposição para construir um diálogo entre saberes diversos em torno de um mesmo caso ou situação individual ou coletivo. Trata-se de uma ferramenta que possibilita ao profissional de saúde ajustar os recortes de cada profissão às necessidades apresentadas pelos usuários na sua prática

clínica. Ela almeja construir uma assistência voltada para diversos aspectos de maneira conjunta e não fragmentada, com uma compressão ampliada da concepção de saúde-doença, construção compartilhadas dos processos terapêuticos, ampliação do “objeto de trabalho”, transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, bem como o suporte para os profissionais de saúde.^{1,2,17}

E é neste contexto que se insere o fisioterapeuta na APS. Ao atuar enquanto “apoio matricial”, o NASF é formado por um conjunto de profissionais, que apresentam as dimensões de suporte assistencial e técnico pedagógico. As categorias profissionais que podem compor o NASF incluem psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista e terapeuta ocupacional. Um dos maiores desafios para o fisioterapeuta nesse cenário é, antes de tudo, desconstruir junto à população e à própria equipe de saúde, a visão equivocada que ainda persiste acerca do seu fazer, das suas práticas, seus objetos de trabalho e as possibilidades no cenário da APS. Existe uma expectativa de que o fisioterapeuta vá, ao atuar na atenção primária, meramente reproduzir seu papel de reabilitador que o acompanha e estigmatiza, contribuindo para um olhar limitado e restrito sobre as possibilidades de atuação da profissão.^{2,16,17}

A Portaria que cria o NASF faz referência a diversas e importantes políticas públicas de saúde como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Saúde da Criança, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Política Nacional da Pessoa Idosa, Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, além da Política Nacional de Assistência Social. É nesse cenário complexo e que pressupõe a construção e apreensão de conteúdos que dialogam com outras áreas para além dos conhecimentos puramente técnicos que está inserido o fisioterapeuta que atua na APS.¹

Existe uma necessidade premente por parte da fisioterapia por conquista de espaço quando se trata de sua atuação na APS, no sentido de se estreitar vínculos e fortalecer o diálogo entre a Fisioterapia e a Saúde Coletiva, ampliando seu escopo de ações e contribuindo efetivamente para o incremento dos níveis de saúde da população, ofertando seu saber específico em prol de um indivíduo ou de uma coletividade. A fisioterapia coletiva pressupõe

uma atuação no controle de danos e riscos, sem, no entanto, haver prejuízo nas ações de prevenção terciária, na medida em que o profissional estará no nível de atenção primária, mas inserido num contexto que demanda a construção de uma visão ampliada em saúde e que busca a resolutividade e a integralidade do cuidado ofertado.^{2,8,14,16}

Este estudo traz como limitação, referências com pouca relevância no rigor científico, e publicações que ainda não foram indexadas. Ao tempo em que pretende contribuir para as reflexões acerca do tema, propõe que novos estudos sejam realizados a fim de que se possa aprofundar o debate em torno das questões acerca da atuação do fisioterapeuta na APS, fortalecendo a sua inserção nesse nível de atenção à saúde e, portanto, ampliando seu escopo de ação.

Considerações finais

Este estudo buscou trazer para o centro do debate as potencialidades e desafios para a atuação da fisioterapia no âmbito da APS. Dentre os principais desafios identificados estão a atuação junto às práticas de vigilância, a construção de um olhar crítico e reflexivo acerca da APS e do seu papel neste nível de atenção, a implantação de projetos voltados para educação e promoção em saúde, na prevenção de riscos e agravos, pensando no

indivíduo e na coletividade, para além das ações de reabilitação.

Quanto às potencialidades, estas dialogam com um número de possibilidades, no sentido de poder atuar tanto no controle de danos quanto de riscos, sem prejuízo para as ações de prevenção terciária, na identificação de riscos epidemiológicos presentes na população de forma a intervir precocemente, na oferta de cuidados em saúde considerando os princípios do SUS, na construção de vínculos positivos com os usuários e suas famílias, conhecendo suas redes de apoio e podendo contribuir de forma efetiva para a resolutividade das demandas surgidas, na perspectiva da integralidade e visando melhorar os níveis de saúde da população. Ao estar inserido num determinado cenário comunitário, familiar ou individual, as chances de sucesso são potencializadas, construindo propostas e ações de saúde de forma contextualizada, considerando que as pessoas estão imersas em uma realidade que extrapola os aspectos meramente clínicos.

Observa-se que a atuação da fisioterapia é fundamental na Saúde Coletiva, não devendo estar limitada apenas às ações de caráter reabilitador que ainda estigmatizam a profissão. Ao contrário, suas potencialidades transcendem para outros níveis de atenção à saúde, como, secundário e terciário. Faz-se necessário criar estratégias que fortaleçam e consolidem o papel do fisioterapeuta na atenção primária, desconstruindo junto à sociedade e às demais categorias profissionais da saúde, a visão de que fisioterapia é sinônimo de reabilitação. A fisioterapia é, também, reabilitação. No entanto, ao buscar estabelecer um diálogo próximo com a integralidade, enquanto um dos mais importantes princípios doutrinários do SUS, a fisioterapia ratifica e defende que o seu saber específico e as suas práticas na oferta de cuidado podem e devem permear todos os níveis de atenção, contribuindo efetivamente para uma sociedade mais saudável e para um incremento real na qualidade de vida das pessoas.

Referências

1. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva : desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; (15):1627–1636.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes do NASF. *Cadernos de Atenção Básica*, 27. Brasília; 2009. 160p.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica PNAB. *Legislação em Saúde*. Brasília; 2012. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
4. Decreto lei n. 938, de 13 de outubro de 1969 (Brasil). Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. [Internet] *Diário Oficial da União* 1969 14 out; [Citado em 22 maio 2016] Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3317>

5. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro [Internet]. 2009 jul./set. [citado em 22 maio 2016]; 16(3):655–668. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-59702009000300005>
6. Resolução COFFITO nº. 363, de 20 de maio de 2009. *Diário Oficial da União* (Internet). 2009 jun 16 [citado em 22 maio 2016];(112, Seção 1):42. Disponível em: [http:// http://coffito.gov.br/nsite/?p=3126](http://http://coffito.gov.br/nsite/?p=3126)
7. Souza MC, Bomfim AS, Souza, JN, Batista TF. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *Mundo Saúde*. 2013; 37(2):176–184.
8. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov*. 2010; 23(0103-5150):323–330. <http://doi.org/10.1590/S0103-51502010000200015>.
9. Langoni CS, Valmorbida LA, Resend TL. A introdução de atendimentos por fisioterapeutas em unidades da atenção primária em saúde. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2012; 25(3):261–270.
10. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil). [Internet] [Citado em 22 maio 2016]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_d_e_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES.
11. Barros JDO, Gonçalves RMDA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(9):2847–2856. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>
12. Rezende M, Moreira RM, Filho AA, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14:1403–1410. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800013>.
13. Biana VDL, Teixeira GM, Silva, CVL, Farias EP, Silva MV. Atuação do fisioterapeuta na saúde da família: desafios e conquistas. *J Health Sci Inst*. 2014; 32(2):211–218.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. [Internet]. 2008 [Citado em 22 maio 2016]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>.
15. Filho, AVD, Aveiro MC. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-Al, Brasil. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2012; 25(4):397–404.
16. Seriano KN, Muniz VRDC, Carvalho MEIM De. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Fisioter e Pesqui*. 2013;20(3):250–255.
17. Castro SS, Cipriano Junior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioter Mov*. 2006;19(11):55–62.