

Artigo original**Diagnóstico de saúde e atuação do fisioterapeuta nas Unidades Básicas de Saúde*****Health diagnosis and physical therapy performance in Basic Health Units***

Thaise Silvestri Cruz, Ft.*; Franciane Rodrigues*, Nathiele Placido Belettini**, Luciane Bisognin Ceretta, M.Sc.***, Bárbara Lucia Pinto Coelho, Ft., M.Sc.****, Lisiane Tuon, Ft. D.Sc.****

.....
*Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma/SC, **Acadêmica de Fisioterapia, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, ***Enfermeira, Professora do Curso de Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, **** Professora do Curso de Fisioterapia, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

Resumo

Introdução: Por muito tempo a Fisioterapia foi vista somente como fonte de reabilitação e cura. Seu envolvimento em programas de atenção primária contribui para o quadro saúde-doença encontrado no País. **Objetivo:** Realizar um diagnóstico de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e analisar a importância da atuação do fisioterapeuta como agente de saúde. **Metodologia:** Foi realizado um roteiro de avaliação para elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade em 3.356 indivíduos, em 10 (dez) bairros do Município de Criciúma/SC, no período de agosto de 2009 a maio de 2010. **Resultados:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a patologia mais prevalente e aparece também como principal problema relatado pela população, afetando no total 52,32% das pessoas. No item problemas que não são resolvidos nas UBS, 44,52% pessoas citaram a necessidade de acompanhamento e orientações com psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutico. **Conclusão:** A HAS é a doença que mais afeta a população estudada; a mesma relata ainda, a necessidade de fisioterapeutas atuantes nas Unidades Básicas de Saúde.

Palavras-chave: saúde pública, diagnóstico de saúde, atuação fisioterapêutica.

Abstract

Introduction: For a long time physical therapy was only associated to rehabilitation and healing. Its involvement in primary health care programs contributes to the health-disease process which we find in the country. **Objective:** To carry out a health diagnosis in the Basic Health Units (UBS), and analyze the importance of the physical therapist performance as community health agent. **Methods:** An evaluation guide was prepared for making community health diagnosis in 3356 individuals, in ten (10) districts of Criciúma/SC, from August 2009 to May 2010. **Results:** High Blood Pressure (BP) is the most common pathology and also the main problem reported by the population, affecting 52.32% in total. Concerning the item problems that are not solved in the UBS, 44.52% people mentioned they need to be followed-up and guided with psychologist, nutritionist, physical therapist and pharmacist. **Conclusion:** High BP is the most frequently disease that occurs with the studied population, and they report also the need of physical therapist working in UBS.

Key-words: public health, health diagnostic, physical therapy.

Recebido 8 de novembro de 2010; aceito 16 de novembro de 2010.

Endereço para correspondência: Lisiane Tuon, Laboratório de Fisiopatologia Clínica Integrativa do Exercício, PPGCS, UNASAU, Universidade do Extremo Sul Catarinense, 88806-000 Criciúma SC, E-mail: ltb@unesc.net, thaise_silvestri@hotmail.com

Introdução

Para integrar os princípios propostos pelo SUS, a Fisioterapia deve formar profissionais que sejam capazes de lidar com promoção de saúde e prevenção de doenças, além da assistência curativa e reabilitadora [1-3]. Durante muito tempo a Fisioterapia foi vista somente como fonte de reabilitação e cura para determinadas patologias. Isso fez com que o profissional Fisioterapeuta enfrentasse certo grau de exclusão nas áreas de prevenção e promoção da saúde. A sua inserção nos serviços de atenção primária é um processo em construção, uma vez que sua forma mais tradicional de atuação acontece em nível secundário e terciário. Seu envolvimento em programas de atenção primária contribui para o quadro saúde-doença encontrado no país [4,5].

Acredita-se que a atenção primária é muito importante, pois muitas doenças podem ser prevenidas com ações de educação e de informação, desse modo o sofrimento humano pode ser impedido ou minimizado. Intervindo, assim na redução dos custos públicos com tratamentos prolongados [6].

Atualmente a Fisioterapia vem sendo definida como Ciência da Saúde voltada ao estudo, prevenção e terapêutica dos distúrbios cinético-funcionais do corpo humano. O fisioterapeuta e demais profissionais da saúde devem atuar na prevenção de doenças e maus hábitos que possam prejudicar a saúde dos indivíduos, na medida em que há um vasto campo de atuação em Saúde Pública para a promoção de saúde e melhora na qualidade de vida da comunidade [7].

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária para transformação do modelo de atenção, na qual é proposta uma nova forma de cuidar da saúde, com ênfase na atenção a família, no trabalho em equipe multiprofissional, nas ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação. Assim como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência. O mesmo conta com uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das ESF [8,9].

Diante do exposto, objetiva-se com o presente trabalho realizar um diagnóstico de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como analisar a atuação do fisioterapeuta com agente de saúde nas mesmas.

Material e métodos

Estudo do tipo transversal, realizado no Estado de Santa Catarina, na cidade de Criciúma no período de agosto de 2009 a maio de 2010. O local selecionado para aplicação do estudo foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos bairros São Defende, Vila Francesa, Laranjinha, Mineira Velha, Brasília, Santa Augusta, Vila Manaus, Milanese, Ana Maria e Vila Zuleima do mesmo município.

A população do estudo foi constituída por moradores das regiões dos bairros citados acima, totalizando 3356 partici-

pantes da pesquisa. Como critérios de inclusão, foram considerados os moradores que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas pessoas que não estivessem presentes no domicílio no momento da pesquisa e indivíduos sem discernimento para responder ao questionário.

A coleta de dados desta pesquisa é parte integrante do Projeto PET-Saúde, projeto do Ministério da Saúde, sendo este previamente aceito pelo Comitê de Ética (CEP/UNESC) registrado no CONEP/SISNEP, com o parecer 66/2010. O PET-Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como a iniciação dirigida aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS.

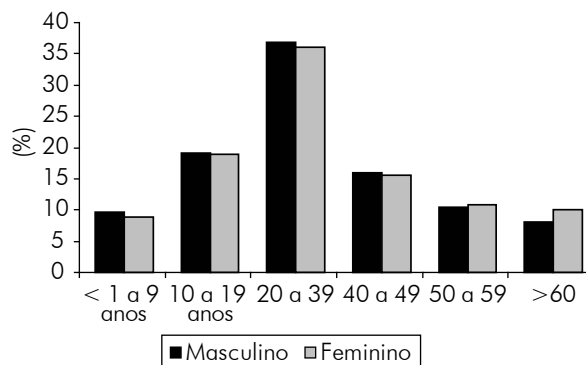
O instrumento principal deste estudo foi um roteiro para elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, validado por profissionais participantes do PET-Saúde, composto de vários itens, porém neste estudo serão utilizados somente os seguintes: População por faixa etária e sexo e Principais doenças referidas por faixa etária, coletados através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Programas Desenvolvidos e Recursos Humanos, coletados na UBS e por fim, os Principais problemas que a população do bairro enfrenta e Problemas que não são resolvidos na UBS, coletados a domicílio.

Resultados

Os dados obtidos nas avaliações foram tabulados e analisados pelo programa de estatística SpSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 17.0.

Conforme o gráfico abaixo, 51,34% da população é composta por mulheres, e 48,66% por homens. A faixa etária de 20 a 39 anos corresponde a 36,43 % da população, de 10 a 19 anos a 18,95%, e de 40 a 49 anos a 15,68% (Figura 1).

Figura 1 - População por faixa etária e sexo.



A Figura 2 demonstra que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a patologia mais constatada no bairro e também o principal problema relatado pela população, afetando no

total 52,32% das pessoas. Seguida de diabetes mellitus com 16,28%; drogas com 6,14% e transtornos psiquiátricos com 3,52%.

Figura 2 - Principais doenças referidas e Principais problemas que a população do bairro enfrenta.

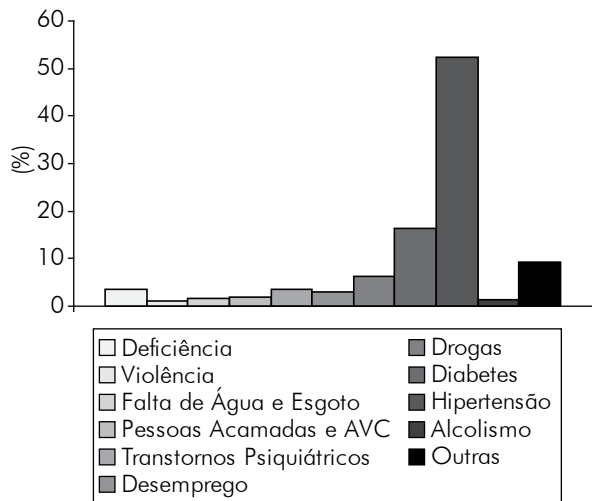
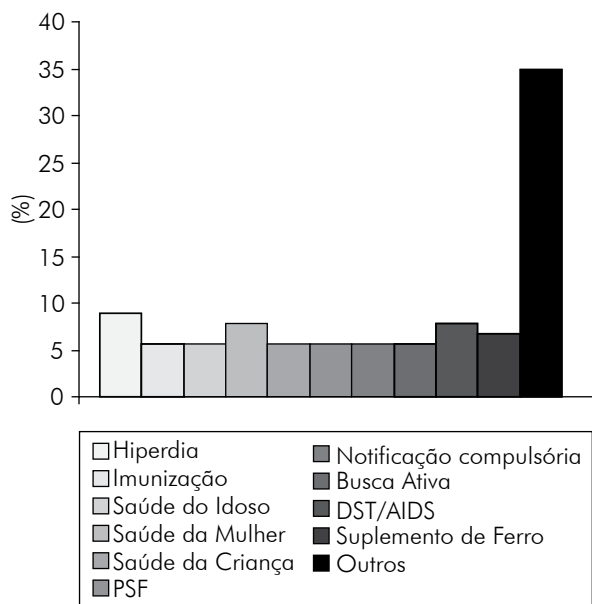


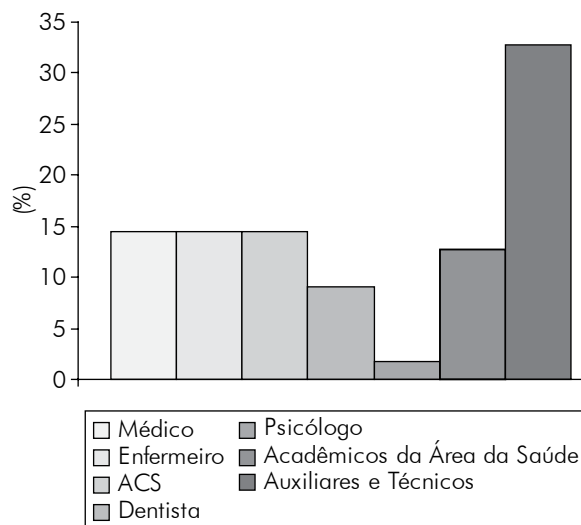
Figura 3 - Principais programas desenvolvidos na UBS.



A Figura 3 demonstra que o Programa Hiperdia está presente em 8,99% dos bairros, seguido dos programas Saúde da Mulher e DST/AIDS em 7,86% dos bairros.

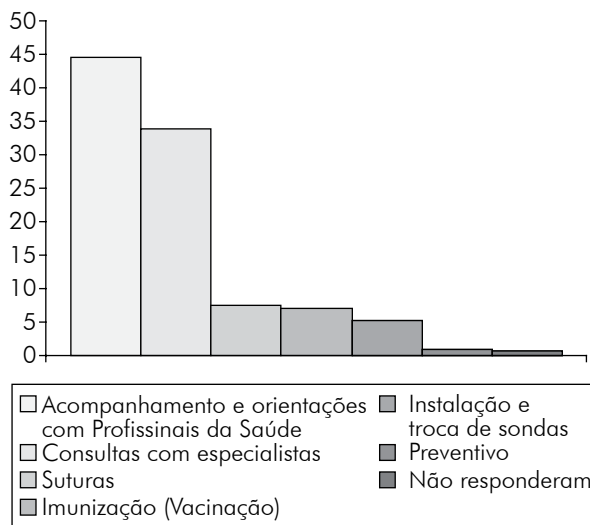
Em relação aos Recursos Humanos, os auxiliares e técnicos estão presentes em 32,72% das UBS. Já os médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde apresentam o mesmo número de profissionais, presentes em 14,55% das UBS avaliadas (Figura 4).

Figura 4 - Recursos Humanos.



Entre os problemas relatados pela população que não são resolvidos nas UBS, 44,52% pessoas citaram a necessidade de acompanhamento e orientações com fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e farmacêutico. Outro principal problema apontado foi a falta de consultas com especialistas por 33,89% pessoas (Figura 5).

Figura 5 - Problemas que não são resolvidos na UBS.



Discussão

Na composição da população brasileira, as mulheres formam um conjunto maior do que os homens. Esse elemento é determinado, devido à maior expectativa de vida das mesmas [10]. Porém, nos bairros analisados neste estudo a população apresentou-se homogênea em relação ao sexo, já que o total de mulheres era de 51,34% e a dos homens de 48,36% (Figura 1). Estes dados condizem com a população total brasileira que é de 107.970.524 pessoas, destas 50,1% são mulheres, e o restante 49,9% homens [11].

Em relação à faixa etária, a população entre 20 e 39 anos apresentou-se a maior, com uma porcentagem de 36,43% (Figura 1). Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) [12], estes valores apresentam-se contrários ao esperado do Brasil, e de outros países classificados como "emergentes", onde a proporção de jovens tem diminuído a cada ano, ao passo que o índice da população idosa vem aumentando. Mas são condizentes com os dados do Estado de Santa Catarina [11], onde a maior população por faixa etária é exatamente a de 20 a 39 anos, representando 17,98% do total.

A principal doença referida nesta população através do SIAB, e relatada como principal problema enfrentado pelos moradores dos bairros, foi a HAS (Figura 2), constatada em 52,32% da população. Esta patologia se tornou um dos problemas de Saúde Pública mais importante no Brasil, com alta prevalência de 22% a 44%, correspondendo a 17,6% das internações no SUS [13,14]. Este valor também está de acordo com base na classificação atual da hipertensão pelo *Joint National Committee sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão*, em que a prevalência estimada de HAS na população acima de 65 anos é de 50% a 75%. E para mulheres acima de 75 anos esse valor excede 75%. O diabetes mellitus, constatado em 16,28% pessoas, atualmente também é um problema no País, atingindo quase 20% da população idosa com mais de 65 anos [15,16].

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 do atual modelo de saúde e consequentemente promovendo a melhoria da qualidade de vida da população [17].

A atuação fisioterapêutica nos casos citados acima acontecerá principalmente na prevenção primária, ou seja, na promoção de saúde. A participação do fisioterapeuta junto aos hipertensos engloba orientações para o monitoramento frequente da pressão arterial e melhora da qualidade de vida dos participantes. Em relação aos diabéticos pode-se avaliar o estado geral de saúde dos mesmos e as possíveis alterações de sensibilidade nos membros inferiores [18], já que estudos mostram que em pacientes com HAS o risco de doenças cardiovasculares dobra e triplica o risco relativo de diabetes tipo 2 [19].

Isto demonstra que a atuação do fisioterapeuta pode ocorrer em níveis primários de prevenção, realizando trabalhos educativos como palestras para grupos especiais, diálogos informativos, participação em campanhas e incentivos a bons hábitos de saúde. Em nível secundário, quando o organismo já se encontra no período de patogênese e enfermidade real, as ações fisioterapêuticas têm como objetivo diagnosticar precocemente o problema e estabelecer as medidas terapêuticas adequadas. No nível terciário a Fisioterapia atua objetivando reabilitar o indivíduo afetado a retornar independentemente as suas atividades sociais e investir na promoção da saúde [20,21].

Esta atuação fisioterapêutica poderia ocorrer através dos programas desenvolvidos nas UBS, neste estudo o Hipertensão foi o mais constatado em 8,99% das Unidades avaliadas (Figura 3). O mesmo foi criado, em 2002, pelo Ministério da Saúde, como parte do plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. É um sistema de informação em saúde que tem como principal objetivo gerar informações e fornecer subsídios para o planejamento da atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos, prevenindo, assim, futuras complicações [22,14].

Estes dados condizem com pesquisa realizada [23], a qual relata que o controle da HAS requer mudanças de comportamento que vão desde os hábitos alimentares, até o estilo de vida. Destacando assim, a importância do trabalho desenvolvido pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), onde a implementação da Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, tornou possível a inclusão do fisioterapeuta neste programa [22,24].

Estudos concluem que a atuação do fisioterapeuta dentro dos programas de exercícios para hipertensos tem sido mais frequente, e está fundamentada nas adaptações dos tipos de exercícios para diferentes populações objetivando também a orientação e incentivo a prática regular de exercícios, prevenindo assim complicações como Acidente Vascular Encefálico (AVE) [25].

Em relação aos outros programas constatados, o fisioterapeuta poderia atuar na atenção à saúde do diabético, realizando a prevenção de deformidades e lesões juntamente com a atividade física e manutenção de níveis glicêmicos; na saúde do idoso, promovendo melhor qualidade de vida e prevenindo futuras alterações motoras relacionadas à idade; na saúde da mulher, atuando com gestantes no preparo para o parto, prevenindo lombalgias e promovendo fortalecimento perineal. Na saúde da criança, a partir do nascimento, orientação e acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor e saúde do escolar. Na saúde do adulto, orientando e tratando às diversas doenças que acometem a cinética corporal, bem como na saúde do trabalhador [26-28].

Para uma boa eficácia destes programas, seria necessária a presença de profissionais qualificados para tal. Por este motivo, os Recursos Humanos em Saúde denomina um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, sejam as de promoção, proteção/prevenção, recuperação ou reabilitação [29].

Nos bairros avaliados constatou-se um maior número de profissionais auxiliares e técnicos, incluindo técnicos em enfermagem, técnicos de higiene dental, auxiliares de serviços gerais e auxiliares de consultório dentário, presentes em 32,72% das UBS avaliadas. Já os médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde apresentam o mesmo número de profissionais, presentes em 14,55% das UBS, dentistas estão presentes em 9,09% e psicólogos em 1,82%. A presença de acadêmicos da área da Saúde, entre elas Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem e Psicologia, acontece

em 12,72% das UBS (Figura 4). Nota-se que nas profissões de Fisioterapia e Nutrição existe somente a atuação acadêmica e não a contratação de um profissional graduado, necessitando desta forma uma abordagem profissional e não somente estudantil.

A ideia das equipes multiprofissionais apresenta-se como condição da Integralidade, um dos princípios do SUS, que através de um trabalho organizado de forma aberta, contempla atividades e rotinas não previstas ou prescritas em protocolos [3]. Porém estudos realizados [30,31] demonstram que a equipe atuante na UBS relata a necessidade de incorporação de profissionais de outras áreas para auxiliar no atendimento, pois os mesmos sofrem inquietações diante da demanda de responsabilidades que fogem à sua capacidade de intervenção.

Algumas profissões como enfermagem e medicina, historicamente criaram uma identidade com o SUS, já outras categorias, como a Fisioterapia, ainda são vistas como excluídas da Saúde Pública e buscam uma construção de identidade com o mesmo. Observa-se um não entendimento da inserção da Fisioterapia no PSF por parte dos funcionários das próprias UBS, que pode ser explicado, pela pouca definição do objeto de trabalho desse profissional e a escassez de informações sobre sua atuação na Saúde Pública [26,32]. Através de uma revisão de literatura sobre a Fisioterapia na ESF concluiu-se que o Fisioterapeuta está habilitado a atuar na atenção básica, e a ausência deste profissional demonstra uma negação da Integralidade e Universalização [33,34,27].

Estes dados são confirmados segundo relatos da população entrevistada, para 44,52% das pessoas o principal problema não resolvido na UBS é a ausência de *acompanhamento e orientação* com psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e farmacêuticos (Figura 5). Isto corrobora os dados do Ministério da Saúde de 2004, os quais demonstram que, com a implantação do PSF, são mais de 60 milhões de pessoas acompanhadas e 19.200 equipes na maior parte dos municípios brasileiros. Contudo, a Atenção Básica, pouco avançou na ampliação do tipo de ações ofertadas em cada UBS, na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população [35].

A construção de estratégias e articulações que permitam o acesso ao serviço de saúde, o recebimento da atenção por profissionais qualificados e utilização de recursos adequados às necessidades dos pacientes é fundamental para a população. Além disso, há que ser alcançada a disponibilidade regular de assistência e decisão do usuário para buscá-la a qualquer tempo que necessitar [8].

Para isto, é necessário integrar profissionais em equipes multiprofissionais para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade e ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais [36].

Conclusão

Nesta pesquisa, foi possível observar que a Hipertensão é a patologia mais relatada pela população, e apesar das necessidades epidemiológicas locais, e da existência de programas desenvolvidos para a comunidade, o SUS ainda não dispõe de profissionais suficientes para suprir toda a demanda, embora haja a necessidade da existência do profissional fisioterapeuta atuando nas Unidades Básicas de Saúde.

Referências

1. Maciel RV, Silva PTG, Sampaio RF, Drummond AF. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de fisioterapia. *Fisioter Mov* 2005;18 (1):11-17.
2. Teixeira GM. Fisioterapia e Sociedade: Ações do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Norte [dissertação]. Natal: UFRN; 2007.
3. Ramos M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saúde Soc* 2009;18(2):55-9.
4. Baraúna MA. A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. *Fisioter Bras* 2008;9(1):64-9.
5. Ribeiro KSS. A atuação da fisioterapia na atenção primária a saúde: Reflexões a partir de uma experiência universitária. *Fisioter Bras* 2002; 3(5):311-8.
6. Machado RM, Fonseca FB, Machado DTM. Avaliação da qualidade de vida da comunidade assistida pelo programa de saúde da família e a inserção do profissional fisioterapeuta nos serviços de atenção básica de saúde. *FisioBrasil* 2007;11(84):10-6.
7. Rizzo EP. Intervenção da fisioterapia na comunidade de Araçás - Vila Velha/ES: uma proposta de atuação junto ao Programa Saúde da Família. *Fisioter Bras* 2008;9(4):247-52.
8. Shimizu HE. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm* 2009;62(3):424-9.
9. 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(2):323-30.
10. Fabricio SCC, Wehbe G, Nassur FB. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado no interior paulista. *Rev Latinoam Enfermagem* 2004;12(5):721-6.
11. IBGE. Contagem da População 2007 [online]. [citado 2009 Dez 12]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>
12. IBGE. Contagem final da População 2007. [online]. [citado 2009 Dez 12]. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagemfinal/tabela1_2_22.pdf
13. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto & Contexto Enfermagem* 2008;17(1):90-7. J
14. Jardim ADI, Leal AMO. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. *Physis (Rio J)* 2009; 19(2):405-17.
15. Kithas PA, Supiano MA. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. *Vasc Health Risk Manag* 2010;6:561-9.

16. Dutra JS. Atividade física e qualidade de vida no grupo de idosos [monografia]. Criciúma: UNESC; 2006.
17. Souza WB. Inclusão do fisioterapeuta no PSF: pela integralidade da atenção a saúde e reorientação do modelo assistencial. *FisioBrasil* 2007;11(84):43-9.
18. Sampaio RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia. *Fisioter Mov* 2002;15(1):19-23.
19. Scholze J, Alegria E, Ferri C, Langham S, Stevens W, Jeffries D, Uhl-Hochgraeber K. Epidemiological and economic burden of metabolic syndrome and its consequences in patients with hypertension in Germany, Spain and Italy; a prevalence-based model. *BMC Public Health* 2010; 10:529.
20. Deliberato PCP. Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole; 2002.
21. Albiero JF. A utilização frequente de ansiolíticos e antidepressivos no PSF Frei João Maria – Blumenau/SC: o combate pela fisioterapia preventiva. *Fisioter FURB* 2005;2:5.
22. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem* 2008;17(4):672-9.
23. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem* 2007;16(2):263-70.
24. Ministério da Saúde & Conasems. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: MS; 2005. p 35.
25. Rego MH, Santos FAZ, Urbano FOS. Atuação da fisioterapia no programa de exercícios para pacientes hipertensos. *Fisioter Bras* 2007;8(5):359-64.
26. Tesserolli SL. A Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família [Monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2003.
27. Almeida DCS. Atuação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família [Monografia]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Ministério da Saúde. Cascavel; 2004.
28. Souza WB. Inclusão do fisioterapeuta no PSF: pela integralidade da atenção a saúde e reorientação do modelo assistencial. *FisioBrasil* 2007;11(84):43-9.
29. Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994.
30. Gabardo RM, Junges JR, Selli L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009;43(1):91-7.
31. Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(4):937-44.
32. Gallo DLL. A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2005.
33. Silva DW, Trelha CS, Almeida MJ. Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da família. Londrina: Olho Mágico 2005;12(1):15-19.
34. Tonin PA. Experiências, possibilidades e desafios para a Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura [Monografia]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2004.
35. Costa GD, Cotta RM, Ferreira MLS, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(1):113-18.
36. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ* 2005;9(16):39-52.