



Anelice Calixto Ruh  
(Organizadora)

**Saberes e  
Competências  
em Fisioterapia e  
Terapia Ocupacional 2**

Anelice Calixto Ruh  
(Organizadora)

# Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional 2

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Executiva: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Lorena Prestes  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
S115	Saberes e competências em fisioterapia e terapia ocupacional 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Anelice Calixto Ruh. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional; v. 2)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-471-9 DOI 10.22533/at.ed.719191007  1. Fisioterapia. 2. Terapia ocupacional. 3. Saúde. I. Ruh, Anelice Calixto. II. Série.  CDD 615
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A Fisioterapia e a Terapia Ocupacional eram vistas como profissões secundárias na saúde pública, mas de uns anos para cá se tornaram primordial nas equipes de atenção primária a saúde, incluindo serviços de emergência e urgência, prevenção e tratamento.

Como estes profissionais dispensam uma atenção e contato direto com o paciente, devem estar atentos a sua forma de trabalho e carga horária. Estas condições e as formas de organização do processo de trabalho podem proporcionar equilíbrio e satisfação, como podem gerar tensão, insatisfação e conseqüentemente adoecimento do trabalhador. Neste volume encontramos uma revisão muito importante a cerca deste tema ainda não explorado.

No âmbito da terapia ocupacional a música se torna um instrumento de reabilitação, reinserção, tratamento e prevenção de muitos desvios comportamentais principalmente dos jovens.

Alvo de discriminação pessoas com problemas de saúde mental eram excluídas da sociedade. Mas as práticas de cuidado em saúde mental atualmente têm demonstrado experiências positivas de inclusão social por meio de diversos dispositivos, dentre eles o trabalho, confirmando uma estratégia potente no processo de emancipação e de autonomia das pessoas com transtornos mentais.

Ainda neste volume encontramos artigos sobre doenças relacionadas ao envelhecimento.

Se atualize constantemente!

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES CRÍTICOS	
Geiferson Santos do Nascimento Keli Nascimento de Araújo Railton da Conceição Menezes Silviane Passos Monteiro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7191910071</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>14</b>
SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Cleide Lucilla Carneiro Santos Carlito Lopes Nascimento Sobrinho Gabriella Bene Barbosa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7191910072</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>30</b>
FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS FISIOTERAPEUTAS EGRESSOS DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	
Alana Maiara Brito Bibiano Emanuella Pinheiro de Farias Bispo Marília Martina Guanaany de Oliveira Tenório Roberto Firpo de Almeida Filho Michelle Carolina Garcia da Rocha	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7191910073</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>40</b>
A PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: ANALOGIA ENTRE A PROPOSTA DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E UMA REALIDADE NA REGIÃO AMAZÔNICA	
Geiferson Santos do Nascimento Isabella Naiara de Almeida Moura	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7191910074</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>54</b>
HIP HOP E TERAPIA OCUPACIONAL : IDENTIDADE, CONSCIENTIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE JOVENS	
Heliana Castro Alves Natasha Pompeu de Oliveira Aline Dessupoio Chaves	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7191910075</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>67</b>
DELINEANDO O CAMINHO: SELECIONANDO DESCRITORES PARA REVISÃO INTEGRATIVA NO ÂMBITO DA TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL	
Yuri Fontenelle Lima Montenegro Chrystiane Maria Veras Porto Marilene Calderaro Munguba	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7191910076</b>	

<b>CAPÍTULO 7 .....</b>	<b>78</b>
TERAPIA OCUPACIONAL E O MOVIMENTO DE ARTES E OFÍCIOS: UMA PROPOSTA ONTOLÓGICA DO FAZER ARTESANAL	
Geruza Valadares Souza Marcus Vinicius Machado de Almeida	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7191910077</b>	
<b>CAPÍTULO 8 .....</b>	<b>98</b>
IMPLEMENTAÇÃO DE PROCESSOS FORMATIVOS POR MEIO DE CENTROS REGIONAIS DE REFERÊNCIA PARA AGENTES E TRABALHADORES ATUANTES NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS	
Andrea Ruzzi-Pereira Paulo Estevão Pereira Ailton de Souza Aragão Rosimar Alves Querino Erika Renata Trevisan	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7191910078</b>	
<b>CAPÍTULO 9 .....</b>	<b>109</b>
O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL PARA A ARTICULAÇÃO TERRITORIAL NO ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS	
Ailton de Souza Aragão Rosimár Alves Querino Erika Renata Trevisan Andrea Ruzzi Pereira Paulo Estevão Pereira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7191910079</b>	
<b>CAPÍTULO 10 .....</b>	<b>126</b>
ITINERÁRIOS EM SAÚDE MENTAL: TENDÊNCIAS E NECESSIDADES	
Raphaela Schiassi Hernandes Genezini Bianca Gonçalves De Carrasco Bassi	
<b>DOI 10.22533/at.ed.71919100710</b>	
<b>CAPÍTULO 11 .....</b>	<b>141</b>
OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA EM SAÚDE MENTAL: INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO	
Erika Renata Trevisan Ana Cláudia Ramos Fidencio Andrea Ruzzi Pereira Ailton de Souza Aragão Paulo Estevão Pereira Rosimar Alves Querino	
<b>DOI 10.22533/at.ed.71919100711</b>	
<b>CAPÍTULO 12 .....</b>	<b>155</b>
ENSAIO TEÓRICO-PRÁTICO EM TERAPIA OCUPACIONAL:REINVENTANDO LUGARES E ESCOLHAS OCUPACIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	
Rita de Cássia Barcellos Bittencourt Luiz Antonio Pitthan	
<b>DOI 10.22533/at.ed.71919100712</b>	
<b>CAPÍTULO 13 .....</b>	<b>169</b>
APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM POSTURAL EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA	

DE PARKINSON (EAIP-DP): ESTUDO PILOTO

Milena Velame Deitos  
Karen Valadares Trippo

**DOI 10.22533/at.ed.71919100713**

**CAPÍTULO 14 ..... 183**

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON TRATADOS COM EXERGAME: UMA SÉRIE DE CASOS

Karen Valadares Trippo  
Carolina Ferreira Oliveira  
Daniel Dominguez Ferraz

**DOI 10.22533/at.ed.71919100714**

**CAPÍTULO 15 ..... 200**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) PROVENIENTES DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE MAIA (HRTM)

Oziel Tardely Sousa Farias  
Vinícius Carlos de Oliveira Amorim  
Pablo de Castro Santos

**DOI 10.22533/at.ed.71919100715**

**CAPÍTULO 16 ..... 215**

AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO E MOBILIDADE EM IDOSOS COM GONARTROSE

Jhonata Clarck Rodrigues da Silva  
Dominique Babini Lapa de Albuquerque  
Dianny Dairly Barbosa de Lucena

**DOI 10.22533/at.ed.71919100716**

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 223**

## A PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: ANALOGIA ENTRE A PROPOSTA DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E UMA REALIDADE NA REGIÃO AMAZÔNICA

**Geiferson Santos do Nascimento**

União das Escolas Superiores de  
Rondônia – UNIRON  
Porto Velho-RO

**Isabella Naiara de Almeida Moura**

União das Escolas Superiores de  
Rondônia – UNIRON  
Porto Velho-RO

**RESUMO:** Com o decorrer dos anos verificou-se a necessidade uma assistência eficaz na atenção básica a saúde para assim atender as demandas assistenciais emanadas da população nacional. O Ministério da Saúde em 2008 realizou um grande avanço na área da atenção básica, criando o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), programa que veio a incorporar o profissional fisioterapeuta dentro de equipe multidisciplinar de atuação e fortificando assim suas competências. O presente estudo teve a interesse de efetivar uma analogia entre a proposta do NASF e a realidade prática do fisioterapeuta da atenção básica, sendo um estudo qualitativo, descritivo, de análise de conteúdo, realizado nas equipes de NASF existentes na cidade de Porto Velho, no estado de Rondônia. A amostra foi composta por dois fisioterapeutas, onde foram incluídos fisioterapeutas que atuam

diretamente no NASF. Para realização da analogia, foi necessário a divisão em quatro etapas: entrevista narrativa, transcrição, transcrição e análise conteúdo, onde o estudo seguiu as prescrições da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Com os resultados obtidos ficou devidamente comprovado que algumas propostas expedidas pelo NASF são executadas na cidade estudada, mas que existem dificuldades e fatores externos que influenciam diretamente na atuação do fisioterapeuta e no resultado de suas condutas, e que a demanda demasiada de pacientes na atenção secundária e terciária, dificultam a atuação do fisioterapeuta na área preventiva, levando assim a necessidade de uma revisão da proposta do NASF para especificação das atribuições do fisioterapeuta.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fisioterapia. Atenção Primária a Saúde. Níveis de Saúde. Promoção da Saúde.

**ABSTRACT:** Over the years it has become necessary to provide effective assistance in basic health care in order to meet the healthcare demands of the national population. The Ministry of Health in 2008 made a major breakthrough in the area of basic care, creating the Family Health Support Center (NASF), a program that incorporated the professional physiotherapist into a multidisciplinary team to act and fortify

their skills. The present study had the interest of making an analogy between the NASF proposal and the practical reality of the basic care physiotherapist, being a qualitative, descriptive study of content analysis performed in NASF teams in the city of Porto Velho, in the state of Rondônia. The sample consisted of two physiotherapists, including physiotherapists who work directly in the NASF. For the accomplishment of the analogy, it was necessary to divide in four stages: narrative interview, transcription, transcreation and content analysis, where the study followed the prescriptions of Resolution 466/2012 of the National Health Council. With the results obtained it was duly proven that some proposals made by the NASF are executed in the city studied, but that there are difficulties and external factors that directly influence the performance of the physiotherapist and the result of their behaviors, and that the excessive demand of patients in the secondary and tertiary care, make difficult the physiotherapist's performance in the preventive area, thus necessitating a revision of the NASF proposal to specify the physiotherapist's assignments.

**KEYWORDS:** Physiotherapy. Primary Health Care. Health Levels. Health Promotion.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 para atender as necessidades da saúde populacional brasileira assegurado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) apresentando várias propostas, ideologias, princípios e estratégias de saúde coletiva (BRASIL, 1990). O Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com intuito de prevenir, promover e reabilitar a saúde da família de maneira integral, apresentando assim uma proposta de reorganização do SUS, dando uma maior ênfase na atenção primária à saúde da família (RAGSSON, 2004).

Com o decorrer dos anos verificou-se a necessidade uma assistência eficaz na Atenção Básica a Saúde (ABS) para assim atender as demandas assistenciais emanadas da população nacional. Diante desse fato, o MS criou através da Portaria nº 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que inseriu uma equipe multidisciplinar mínima para atender e melhorar a assistência ao indivíduo na ABS (BRASIL, 2008).

Com a criação do NASF, o fisioterapeuta assim como os outros profissionais foram inseridos ao ambiente assistencial da ABS e conseguiram ampliar seu campo de trabalho para contribuir de maneira direta na multi-assistencialidade aos indivíduos carecidos. Aliado a isso o fisioterapeuta foi visto por muitos anos como um profissional reabilitador que atua na lesão e todas as suas sequelas oriundas (CARVALHO, 2009), excluindo-se da visão geral algumas atuações como prevenção e promoção da saúde previsto na Diretriz Curricular como competência (RIBEIRO, 2002).

Atualmente inexistem estudos na área para a região demográfica da Amazônia, pois existem poucos estudos que evidenciam a atuação do fisioterapeuta na ABS, e os

poucos existentes ainda inviabilizam se essa atuação esta devidamente equiparada ao proposto pelo NASF (FORMIGA, 2012). O presente estudo irá agregar os estudos sobre a atuação fisioterapêutica na ABS que ao longo dos anos vem sendo desenvolvidos no Brasil, somando-se assim a literatura existente cuja finalidade é o enriquecimento da literatura de uma maneira qualitativa.

Desse modo, o objetivo deste estudo e efetivar uma comparação entre a proposta do NASF e a atuação prática do fisioterapeuta dentro de uma cidade da região amazônica.

## 2 | MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório da análise de conteúdo, compreendendo as experiências concebidas por determinado grupo e/ou classe social. O entrevistador organiza o método, planeja as ideias e hipóteses, possui uma fidedignidade maior nas análises realizadas, sendo esses fatos características de estudos exploratórios (MARCONI & LAKATOS, 1999).

A amostra foi composta por dois profissionais que atuam diretamente no NASF na cidade de Porto Velho, no estado de Rondônia, dentro da Amazônia Ocidental, sendo os mesmos os únicos profissionais a atuarem nesta área na cidade pesquisada. Foram excluídos profissionais que não tivessem atuação direta no NASF. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), sendo aprovado conforme CAAE nº 546694161.0000.0012.

As informações utilizadas como parâmetros do estudo, seguiram rigorosamente a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que resguarda e regulamenta as informações, sigilo e anonimato dos participantes em pesquisas com seres humanos na área da saúde (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi realizada em Maio de 2016, através do gravador de áudio do aparelho telefônico da marca Samsung Primer. Para controle dos dados, foi utilizada a Ficha de Documentação proposta por Flick (2004) para se manter de forma organizada a contextualização e a coleta dos dados.

O presente estudo foi dividido em quatro etapas: Entrevista Narrativa, Transcrição, Transcrição e Análise do Conteúdo.

A etapa da entrevista narrativa consiste no entrevistado discorrer sua visão e/ou opinião a cerca da ideia central sem tempo limite, devendo o entrevistador agir de maneira direta para que o entrevistado conte a história da ideia central apresentando todos os fatos necessários para tal e se possível em ordem cronológica do início até o término (HERMANNNS, 1995).

A etapa da transcrição é um simples, porém importante, é durante essa etapa que o pesquisador transcreve na íntegra toda a entrevista realizada, incluindo os vícios de linguagem, bordões, respeitando as regras, pausas, interpretações emocionais e

outros fatores que auxiliam o entrevistador na fase de análise do conteúdo (FLICK, 2004).

A etapa de transcrição é marcada por reescrever a entrevista retirando os vícios de linguagem e termos desnecessários para a análise do conteúdo, sendo uma etapa importante, pois irá refinar a transcrição para facilitar a análise, afinal durante a fase de análise de dados deve ser fácil de escrever, fácil de ler, de aprender e principalmente fácil de pesquisar (BRUCE, 1991).

A última etapa e a mais importante é a análise de conteúdo, pois trata-se de uma técnica que visa analisar a ideia central de um discurso através dos núcleos de sentido que compõe a comunicação e deve-se separar as entrevistas e/ou as partes que são essenciais para solucionar a problema do estudo. É nessa etapa que se faz a comparação entre o material analisado e as bases em critérios escolhidos como parâmetros (MINAYO, 2007)

Durante a última etapa para apuração e comparação, foram feitos recortes das falas e organizados de modo que possam ser confrontados com a literatura onde os entrevistados foram classificados em X e Y resguardando o sigilo das informações (MINAYO, 1996), sendo no caso do presente estudo, comparados a Portaria nº 154/GM do Ministério da Saúde.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A portaria que regulamenta o NASF não possui especificações técnicas exclusiva da atuação fisioterapêutica, contudo, possui no Anexo I, um rol de descrições das atividades que devam ser exercidas pelos profissionais que compõe o NASF (BRASIL, 2008).

Diante disso, e dentro das competências designadas para os fisioterapeutas, com base na grade curricular da graduação definida pelo Ministério da Educação (MEC) em 2002, foram separados seis trechos da portaria para efetivar a analogia entre a legislação e a realidade prática de atuação (BRASIL, 2002) com base nos dados colhidos, conforme tabela 1.

DEFINIÇÃO	TRECHOS DA PORTARIA nº 154/2008
Trecho I	Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pela ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.
Trecho II	Ações de Atividade Física/Práticas Corporais - Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e os danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favorecem a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.
Trecho III	Veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado.
Trecho IV	Capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares.
Trecho V	Realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos.
Trecho VI	Desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão.

Tabela 1. Trechos da Portaria nº 154/2008 – Ministério da Saúde

Decorrente das análises e ainda das diversas aplicações textuais e interpretações realizadas nas entrevistas obtidas, foi devidamente verificado os apontamentos realizados pelas profissionais que atuam dentro do ABS quanto aos trechos retirados da Portaria nº 154/2008 do Ministério da Saúde, conforme tabela 2.

DEFINIÇÃO	ENTREVISTADO X	ENTREVISTADO Y
Trecho I	<p>[...] Existe um cronograma que determina a nossa atuação em uma unidade a cada dia, atendendo a demanda daquela unidade e suas particularidades. Ao final do mês são realizadas as reuniões técnicas, onde as equipes trazem suas necessidades [...]</p>	<p>[...] Todos os meses são realizadas reuniões em todas as equipes [...] enfatizamos também nas reuniões técnicas o trabalho interdisciplinar, pois em grupos volumosos, tende a ter problemas de conflito pessoal. Melhorando esse relacionamento interpessoal, faz com que a equipe trabalhe mais integrada e na mesma linha de raciocínio clínico para o paciente [...]</p>
Trecho II	<p>Conseguimos realizar muitos trabalhos com grupos [...] mas a população não se envolvia muito [...] e para ser mais eficaz essa atuação, atuamos nos grupos que as equipes já possuíam (Hiperdia, Gestantes, Crianças, Idosos), sendo desses grupos, o que apresentou maior índice de aceitação e participação, o Hiperdia [...]</p>	<p>Conseguimos desenvolver bons trabalhos em grupos nos últimos tempos, desde alongamentos, palestras, caminhadas, atividade física e outros [...] atualmente estamos inseridos dentro dos grupos mais volumosos como: Hiperdia, Gestantes, Homem e Adolescentes, sendo que existem outros grupos que estamos estudando maneiras de desenvolver trabalhos com esse público [...]</p>
Trecho III	<p>[...] O foco principal do NASF é a prevenção [...] devido à atenção básica ser uma área nova para a fisioterapia, quase não encontramos embasamento científico, e esse foi um dos percalços quando íamos palestrar sobre o NASF para as equipes. Para agregar precisou de muito contato com profissionais que já atuavam ou atuaram na área. [...].</p>	<p>[...] Os grupos já possuem uma estrutura a maior tempo e com isso já existia um trabalho preventivo antes do NASF [...] as atividades preventivas é prioritária [...] contudo, no início do NASF as equipes tinham pacientes em casos extremos há muito tempo e não sabiam qual rumo tomar com eles, aliado ainda a falta de estruturação do NASF para nos receber no início, passamos alguns meses só fazendo atendimento domiciliar[...].</p>
Trecho IV	<p>[...] As equipes sempre traziam novas ideias, resultados, dificuldades. O que pudessem ser ensinado para os agentes comunitários aplicarem, era feito, esses atos tiveram ganhos significativos na área de Assistência Social [...]</p>	<p>[...] enfatizamos as reuniões técnicas [...] os trabalho e as atividades com as equipes de saúde fazem com que as mesmas prestem um serviço de qualidade para a população [...]</p>

Trecho V	<p>[...] Em uma situação mais extrema existe a necessidade da visita domiciliar para orientação da família [...] contudo quando NASF começou a atuar verificou que a maior demanda era do curativo [...] no caso da fisioterapia a população atendida possuía uma demanda volumosa de pacientes acamados e careciam de atendimento domiciliares, situação que eles pedem até hoje [...] não tivemos eficácia em atendimentos domiciliares, pois a demanda era muito grande e acabávamos atendendo cada paciente apenas uma vez ao mês, sendo que existe a necessidade de continuidade [...] acabávamos executando a ponte entre o paciente que necessitava da fisioterapia e o atendimento unidade pública ou clínicas escola, sendo as clínicas escolas a qual tínhamos mais retorno, porém existia outro problema, a ausência de profissionais como Fonoaudiólogo [...] esses fatos nos deixou (equipe) frustrados quanto ao atendimento domiciliar, pois necessitava-se e uma continuidade da terapia pelo menos duas vezes semanais, mas essa realidade era impossível diante da quantidade de equipes sob nossa responsabilidade [...]</p>	<p>[...] A demanda volumosa não permite uma continuidade no atendimento e nas visitas domiciliares e isso decepciona muitas vezes, pois o paciente apresenta poucas melhoras ou menos do que poderia alcançar [...] não é possível obter resultados satisfatórios e acaba que necessitamos enviar para os centros de tratamentos e clínicas escolas [...] sem dúvidas as clínicas escolas tem sido nossas grandes aliadas, pois acabam suprimindo essa demanda que precisa de atendimento continuado e proporcionando uma reabilitação [...] o fonoaudiólogo faz muita falta! É um tipo de serviço essencial nas visitas [...] minha maior frustração é não possui um retorno positivo nas visitas [...]</p>
Trecho VI	<p>Para desenvolver um papel reabilitador, é necessário a presença de mais profissionais, com a diminuição do número de equipes atendidas por NASF e a rotina que já temos prática, com isso tende-se a ter melhores resultados ao final e uma melhor dinamização do NASF em Porto Velho. Conseguiremos ainda ampliar o trabalho voltado par prevenção, esse será o grande foco e também a grande dificuldade a ser enfrentada [...]</p>	<p>Para que consigamos desenvolver a reabilitação de fato, estamos buscando saídas para conseguir ampliar a rede de atendimento do NASF e uma dela é fechar parceria com as faculdades, para que elas consigam desenvolver estágios dentro do NASF nas áreas profissionais que o NASF atualmente possui. Nosso propósito é fazer com que esses acadêmicos realizem as atividades preventivas em grupos e os profissionais do NASF possam dedicar maior tempo para os atendimentos domiciliares [...].</p>

Tabela 2. Recorte da entrevistas conforme trechos da Portaria nº 154/2008

O Trecho I é composto pelas atividades de desenvolvimento de terapias através de discussões e reuniões técnicas, aprimorando assim os serviços ofertados pelas ESF. Ao efetivar uma analogia entre o trecho em epígrafe e os recortes realizados, percebe-se em ambas as equipes que na prática existem as reuniões técnicas entre as equipes de saúde e a equipe do NASF, tendo como suma importância essas reuniões para formular novas propostas, condutas, a absorção de novas demandas e exclusão de casos sanados. É durante essas reuniões que possuem ainda as definições das atividades para o mês subsequente, sendo o fisioterapeuta, um profissional responsável pelo bem-estar e qualidade de vida da população.

Ribeiro (2017) em seu estudo demonstra a importância de profissionais como agentes comunitários e outros da equipe, nas reuniões técnicas, para a definição e adoção de medidas fisioterapêuticas eficazes e que condizem com a realidade clínica da população atendida.

Novais & Brito (2011) também destacou em seu estudo a importância do fisioterapeuta está inserido dentro da equipe do NASF, para assim nortear não somente as atividades que lhe compete, mas também nos planejamentos de ações e medidas da equipe do NASF e das equipes de saúde.

O Trecho II é composto pelas execuções de atividades físicas e corporais que visam à melhoria da qualidade de vida e a redução de possíveis agravos das patologias constantes na população atendida. Analisando o trecho e os recortes comparativos, destaca-se que ambos entrevistados, demonstraram que a medida mais comum encontrada para desenvolvimento da prática de ações para minimizar risco e promover uma melhor qualidade de vida, bem como ainda uma educação em saúde, são as ações em grupos, ações estas que atendem de uma maneira uniforme um maior número de pessoas em menos tempo da equipe. A importância dessas atividades em grupos visa dinamizar as informações e ações de modo generalizado, visto que será voltado para as necessidades específicas daquele grupo.

O estudo de Donato et al. (2004) demonstrou que o fisioterapeuta que atua diretamente na atenção primária a saúde, possui competência diferenciadas daquelas normalmente atribuídas a profissão de maneira generalizada. Bourne et al. (2007) e Escales et al. (2011) demonstram que a atuação do fisioterapeuta da atenção básica vai além de diagnóstico fisioterápico e as aptidões musculoesqueléticas, estendem-se também as atuações de forma a minimizar os riscos de agravantes da população assistida.

Já Spadden et al. (2012) em seu estudo foi além, enfatizou a importância das atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas na atenção básica e que essas atividades agregam na redução de uso de farmacológicos, acesso a informações básicas de saúde e por consequência uma melhora significativa na qualidade de vida da população.

O Trecho III traz consigo a importância de dinamizar as informações preventivas, sendo essas ações, medidas que diminuiriam o encaminhamento da população para

a atenção secundária e terciária, e ainda a melhora da saúde coletiva. Comparando o trecho utilizado com os recortes expressivos, percebe-se de maneira demasiada, um déficit da atuação do NASF na área preventiva. Embora que o intuito de prevenir tenha ganhado forças após o Pacto Nacional de Atenção Básica, não existem muitos estudos que sirvam de balizamento para atuação dentro da área preventiva e assim desenvolver uma prática baseada em evidência, dificultando as ações e aumentando a população que irá necessitar de atendimento secundário e terciário, decorrente da ausência de informação preventiva.

A atuação fisioterapêutica teve um empecilho ainda maior, devido ao número de pacientes que necessitavam de atendimento da atenção terciária, diminuindo assim significativamente o tempo que esses profissionais poderiam dedicar para atuar na prevenção de outros pacientes.

O Pacto Nacional pela Saúde, realizado no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde tratou a cerca pontos essenciais para a melhoria da saúde pública no país. Com isso o MS expediu o volume IV de medidas em 2006, sendo denominado de Pacto Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006), um programa de medidas que visavam ampliar a assistência e a melhoria dos atendimentos em âmbito nacional, minimizando assim os furos existentes que dificultavam esses serviços.

Bloemer (2002) e Martins & Duarte (2000) fomentaram que a atuação fisioterapêutica de forma preventiva possui grande relevância para a população atendida, uma vez que esse atendimento precoce, minimizará os riscos de alterações posturais, exacerbação de doenças crônicas e educação em saúde.

Contudo, Formiga (2012) em seu estudo demonstrou que a realidade da prevenção no Brasil ainda é uma dificuldade rotineira da prática fisioterapêutica da atenção básica, pois existe uma necessidade de caráter mais emergencial, que é a atenção terciária.

O Trecho IV retrata a necessidade da capacitação de agentes comunitários em saúde para desenvolver atividades de facilitadores e com isso minimizar as demandas de casos que necessitem de atendimento do NASF. Após a devida analogia, é notório que existe a capacitação dos agentes comunitários como facilitadores e difusores de informações, levando assim até a população. A educação permanente em saúde existente dentro da equipe do NASF, permitindo assim uma atuação mais eficaz, portanto, a atuação terá como base os aprendizados específicos, gerando resultados significativos quando comparados com a atuação restrita dos profissionais dos NASF para todos os casos, inclusive os de pequena relevância.

Hendricks et al. (2003) destaca a eficiência do fisioterapeuta inserido na equipe de atenção básica, para o desenvolvimento do conhecimento dos demais profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, as potencialidades da equipe e a atuação eficaz de atendimentos básicos, sendo de suma importância o repasse e transposição de informações e conhecimento.

O MS realizou a implementação da Educação Permanente em Saúde através

da Portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007), visando assim atender ao regulamento do Pacto Nacional pela Saúde e trazendo assim a necessidade de capacitação dos servidores da área da saúde tomando como referência as necessidades das pessoas e da população atendida, bem como ainda a valorização do trabalho e dos trabalhadores que operam na área da saúde.

Somando-se ainda, é possível perceber no estudo de Nahur (2007) o relevante conceito de interdisciplinaridade, uma vez que a atuação interdisciplinar permite uma visão geral nas necessidades da população, define prioridades nos serviços e nas demandas, e ainda aproxima os profissionais para o diálogo e discurso, proporcionando assim uma soma de informações e conhecimentos.

O Trecho V traz consigo a necessidade primordial no caso do fisioterapeuta inserido no NASF, sendo nesse contexto do qual é possível verificar as necessidades de casos extremos, das rotinas de visitas domiciliares e as necessidades da população. Verificando os recortes realizados, é possível perceber inúmeras dificuldades apresentadas pelos profissionais, que vão desde: falta de profissionais específicos; demanda exacerbada; falta de profissionais no quadro; periodicidade de atendimento e outros. Todos esses fatores interferem diretamente no resultado final do processo de atendimento do paciente, sendo possível verificar ainda em ambos os recortes, a frustração como profissional fisioterapeuta, por não conseguir atingir o objetivo necessário com o paciente e com isso não conseguir desenvolver de maneira satisfatória para o paciente e para si, o seu trabalho.

Bispo-Júnior (2010) demonstra que grande parte da prioridade do fisioterapeuta que atua na atenção básica, são os pacientes que possuem dificuldade para terem acesso a atenção secundária e terciária, emanando assim demandas elevadas de atendimentos domiciliares e com isso, impossibilitando que os mesmos executem ou desenvolvam trabalhos preventivos.

Castro et al. (2006) demonstrou que ausência de profissionais específicos dentro das necessidades da atenção básica, aliado ainda ao número reduzido de profissionais atuantes, traziam sérios riscos a potencialidade existente da atuação fisioterapêutica. Tal atuação poderia ficar comprometida, impossibilitando o sucesso das condutas, uma vez que a ausência de um trabalho multidisciplinar por ausência de profissionais ou ainda um atendimento esporádico decorrente da alta demanda, causariam restrições diretas à evolução fisioterápica dos pacientes.

A cidade de Porto Velho contava com dois NASF tipo II, conforme relato das entrevistas, contundo o Art. 6º § 2º da Portaria 154/08 (BRASIL, 2008), define que somente as cidades com menos de 10 habitantes por quilometro quadrado poderiam possuir NASF tipo II. Em conformidade com último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) do ano de 2015, a cidade apresentava uma densidade demográfica de 14,75 hab/km<sup>2</sup>, sendo assim necessitando de uma reestruturação do NASF.

Mediante isso, no ano de 2016, os dois NASF tipo II foram fundidos formando

assim um NASF tipo I, composto por: dois Nutricionistas; dois Fisioterapeutas; dois Assistentes Sociais e dois Psicólogos, atendendo assim as necessidades previstas em legislação e assistindo oito equipes de saúde da família, dentro dos parâmetros do Art. 3 da Portaria nº 3.124/2012-MS (BRASIL, 2013). Contudo, existe a necessidade de revisão da estruturação do NASF na cidade de Porto Velho, uma vez que a cidade possui mais equipes de saúde da família que carecem de atendimento e ainda não possuem NASF para prestar esse atendimento matricial.

Litchfield et al. (2002) retrata em seu estudo, a influência dos fatores externos ao desenvolvimento da atuação profissional, e que eles acarretam prejuízos a qualidade dos serviços prestados, a qualidade psicológica e o grau de satisfação do profissional envolvido, sendo que dependendo do grau dos fatores externos, os mesmos podem desenvolver distúrbios psicológicos e Síndrome de Burnout.

O Trecho VI reportar a necessidade de desenvolvimento das ações de reabilitação baseada na comunidade, entendendo assim a necessidade da demanda local e as necessidades específicas. Verificando os recortes realizados, percebe-se que na situação atuação que encontra-se o NASF na cidade Porto Velho, o papel reabilitador não possui muita eficácia, pois tende a ter dificuldades com as demandas e quantidade de profissionais. Outro ponto ainda que torna-se esse papel dificultoso é a disponibilização de estrutura física para esse tipo de serviços, sendo que a saída mais viável atualmente, é o encaminhamento para as clínicas escolas e a tentativa de parcerias com as Instituições de Ensino Superior.

Castro et al. (2006) cita em seu estudo a necessidade de estruturação física dos locais para desenvolvimento das ações do fisioterapeuta na atenção básica, onde um profissional sem estruturação física, possui as suas atribuições restritas e limitadas as condições simples de atuação.

Bispo-Júnior (2010) enfatiza que a formação do acadêmico fisioterapeuta no Brasil ainda é muito individualista e voltada para a atenção terciária colocando o processo reabilitador como ponto principal da profissão e esquecendo a necessidade do conhecimento e aplicação técnica no processo de saúde/doença.

Formiga (2012) relata ainda que os acadêmicos necessitam de um processo de aprendizagem mais amplo, e que a comunidade, assim como os domicílios e unidade de saúde, possa ser campos de desenvolvimento das práticas preventivas e do papel do fisioterapeuta na educação em saúde. Enfatiza ainda as mudanças ocorridas nos últimos anos pelas Instituições de Ensino Superior e como esse papel preventivo vem sendo trabalho para uma nova visão do tema com os acadêmicos.

## 4 | CONCLUSÃO

Nos últimos anos a fisioterapia tem ampliado o desenvolvimento de atividades relacionadas à atenção básica a saúde no Brasil, propondo assim um novo modelo

assistencial, contribuindo de maneira direta para o cenário da atenção secundária e terciária. O presente estudo retrata essa ampliação a partir de relato de experiências profissionais, onde o desenvolvimento das atividades são rotineiras e as situações encontradas somam-se a capacitação profissional para o desempenho.

Traz ainda a nova visão das Instituições de Ensino Superior, que estão voltando atividades para a atenção básica, onde as experiências acadêmicas irão contribuir de maneira direta na formação diária do futuro profissional.

A proposta do NASF tem como objetivo, direcionar os profissionais quanto às atuações. Nesse contexto, foi relevante verificar as experiências profissionais e a realidade na cidade de Porto Velho, pois muitas vezes as atribuições propostas pelo NASF ficam impossibilitadas do desenvolvimento, decorrente de fatores externos, como foi evidenciado a situação de visitas domiciliares.

Vale ressaltar ainda que esses dados constantes no estudo sobre as vivências profissionais são informações valiosas, visto que não existem estudos na região demográfica estudada a cerca do assunto e que atualmente na literatura, existe poucos relatos de experiências para se balizar sobre a atuação equiparada ao NASF. É possível verificar no presente estudo, que as propostas instituídas pelo NASF, quanto ao fisioterapeuta, tentam-se ser colocadas em práticas diariamente, mesmo diante de inúmeras dificuldades apresentadas, e que mesmo com número reduzido de profissionais, os fisioterapeutas envolvidos buscam um atendimento de excelência, dentro das limitações as quais estão imposto.

A atuação do fisioterapeuta na atenção básica ainda está em construção, e existem inúmeras barreiras que precisam ser superadas, e é com base nas experiências conhecidas que podemos evidenciar essas barreiras. É fundamental a aplicação de melhorias nas propostas impostas pelo NASF, como por exemplo, a criação de parâmetros para definição de quantidade de NASF por quantidade de habitantes. Contudo ainda não existem indicadores que possam demonstrar uma relação mais adequada a esse ponto.

Por fim, é necessário destacar que as atividades dos fisioterapeutas da atenção básica, vêm sendo desenvolvida com base na proposta, mas carece ainda de um foco principal de suas ações, permitindo assim um melhor desenvolvimento das atividades e um reconhecimento das suas competências dentro da atenção básica.

## REFERÊNCIAS

BISPO-JÚNIOR J. P. **Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais.** Rev C.S Col, 15 (supl. 1):1627-1636, 2010.

BLOEMER R. **Postura e desconforto corporal em um ambiente de trabalho informatizado** [Monografia]. Tubarão: Unisul, 2002, 14 p.

BOURNE J. A. DZIEDZIC K. MORRIS S. J. JONES P. W. SIM J. **Survey of the perceived professional, educational and personal needs of physiotherapists in primary care and community settings.** Health Soc Care Community. 2007;15(3):231-7.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estimativa da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2015**. 2015. Disponível em/ Available in: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2015/nota\\_metodologica\\_2015.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/nota_metodologica_2015.pdf) Acesso em / Access in: 20 de Maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Educação, **Resolução n.4 aprovada em 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Diário Oficial da União, de 4 de Mar.de 2002, Seção 1, p. 11.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Pacto Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, volume n. 4, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 201, 16 Dez. 2012. Seção 1, p. 210.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da União, n. 18, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 jan. 2013. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

BRASIL, Presidência da República, Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 174, 05 Out. 1988. Seção 1, p.16.

BRASIL, Presidência de República, Casa Civil. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 182, 20 Set. 1990. Seção 1, p 01.

BRUCE G. **Directions in corpus linguistics: proceedings of the nobel symposium 82**. Comments, Berlim, 1991.

CARVALHO S. T. **Conhecimento e percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a Fisioterapia [dissertação]**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.

CASTRO S. S. CIPRIANO-JUNIOR G. MARTINHO A. **Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão**. Rev. Fisiot. Mov.,19(4):55-62, 2006.

DONATO E. B. DUVALL R. E. GODGES J. J. ZIMMERMAN G. J. GREATHOUSE D. G. **Practice analysis: defining the clinical practice of primary contact physical therapy**. J Orthop Sports Phys Ther. 2004;34(6):284–304.

ESCALES P. F. VILAR J. M. CAMACHO C. I. **La fisioterapia en atención primaria: estudio em La ciudad de Valencia**. Fisioterapia. 2011;33(4):166–72.

FLICK U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. trad. Sandra Netz – 2ª Ed. – Porto Alegre : Bookman, 2004.

- FORMIGA N. F. B. **Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta do núcleo de apoio à saúde da família (NASF)**. Rev. Bras. De Ciência em Saúde. 2012;16(2):113-122.
- HENDRIKS E. J. KERSSSENS J. J. NELSON R. M. OSTENDORP R. A. B. **Health care one-time physical therapist consultation in primary health care**. Phys Ther. 2003;83(10):918–31.
- HERMANN H. **Handbuch qualitative sozialforschung**. Narratives interview, 2ª Ed. Verlags. 1995.
- LITCHFIEL R. MACDOUGALL C. **Professional issues for physiotherapists in family-centred and Community - based settings**. Aust. J Physiother. 2002;48(2):105–112.
- MARCONI M.A. LAKATOS E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999, 260p.
- MARTINS C. O. DUARTE M. F. S. **Efeitos da ginástica laboral em servidores da reitoria da UFSC**. Rev Bras Ciên e Mov, 8(4):7-13, 2000.
- MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Hucitec, 2007.
- MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, 269p.
- NAHUR M. T. M. **Interdisciplinaridade: eixo de articulação da Bioética e do Biodireito**. Bioética. [artigo online]. Unisal, 2007. Disponível em/ Available in: [www.lo.unisal.br/sistemas/bioetica/arquivos/artigoc.doc](http://www.lo.unisal.br/sistemas/bioetica/arquivos/artigoc.doc). Acesso em / Access in: 20 de Maio de 2016.
- NOVAIS B. K. L. L. BRITO G. E. G. **Percepção sobre o trabalho da fisioterapia na atenção primária**. Rev. Aten. Prim. Saúde. 2011;14:424-434.
- RAGSSON C. A. P. ALMEIDA D. C. S. COMPARIN K. MISCHIATI M.F. GOMES J. T. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional**. [monografia online]. Cascavel; Unioeste, 2004; Disponível em: [http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes\\_psf.rtf](http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes_psf.rtf). Acessado em: 14 de setembro de 2015.
- RIBEIRO K. S. Q. S. **A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde – reflexões a partir de uma experiência universitária**. Fisioterapia Brasil, 3(5):311 – 18, 2002.
- RIBEIRO K. S. Q. S. ARAÚJO NETO M. J. ARANGIO M. G. NASCIMENTO P. B. S. **A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica**. Rev APS, 10(2):123-48, 2007.
- SPADDEN C. THERRIEN M. EWEN I. R. **Care coordination for children with special health care needs and roles for physical therapists**. Pediatr Phys Ther. 2012;24(1):70–7.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**ANELICE CALIXTO RUH** Fisioterapeuta, pós-graduada em Ortopedia e Traumatologia pela PUCPR, mestre em Biologia Evolutiva pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Prática clínica em Ortopedia com ênfase em Dor Orofacial, desportiva. Professora em Graduação e Pós-Graduação em diversos cursos na área de saúde. Pesquisa clínica em Laserterapia, kinesio e linfo taping.

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-471-9

