



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Tomazi Neves, Laura Maria; Gurgel Aciole, Giovanni

Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de  
Saúde da Família

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 15, núm. 37, abril-junio, 2011, pp. 551-564

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119116017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Desafios da integralidade:

revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família

Laura Maria Tomazi Neves<sup>1</sup>

Giovanni Gurgel Aciole<sup>2</sup>

NEVES, L.M.T.; ACIOLI, G.G. Challenges of integrality: revisiting concepts about the physical therapist's role in the Family Health Team. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.551-64, abr./jun. 2011.

Brazil's main strategy in public health is the Family Health Program; however, the participation of healthcare professionals other than physicians and nurses in primary care activities is incipient. The aim of this study was to perform a systematic review of the academic opinion regarding the physical therapist's role in the family health team. We performed searches in the Health Virtual Library (BVS/Bireme/PAHO/WHO) from January 1994 to July 2009. The adopted strategy was the intersection of the descriptors: Family Health Program, Family Health, Public Health, Physical therapy (specialties), Physical therapy (modalities). Of the 51 located studies, 14 were not available. The remaining studies were analyzed and seven were selected for respecting the inclusion criteria. It was concluded that, despite the efforts, the actions developed by the physical therapist in the Family Health Program are not clearly defined yet.

**Keywords:** Physical therapy. Physical therapy modalities. Family health. Public health.

A estratégia prioritária nacional na Saúde Coletiva é a Saúde da Família (PSF), no entanto, é incipiente a participação de outros profissionais de saúde na atenção primária, além da Medicina e Enfermagem. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática da visão acadêmica do papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família (ESF). Foi realizada pesquisa bibliográfica no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme/OPAS/OMS), de janeiro de 1994 a julho de 2009. A estratégia adotada foi o cruzamento dos seguintes descritores: Programa Saúde da Família, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Fisioterapia (especialidades), Fisioterapia (técnicas), modalidades de fisioterapia. Dos 51 trabalhos localizados, 14 não estavam disponíveis. O restante foi analisado e sete foram selecionados por contemplarem os critérios de inclusão. Conclui-se que, apesar dos esforços, a fisioterapia ainda não possui uma definição clara em relação a sua atuação no PSF.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Modalidades de fisioterapia. Saúde da família. Saúde pública.

<sup>1</sup> Laboratório de Fisioterapia Cardiovascular, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos, Rodovia Washington Luís, km 235 - SP-310, São Carlos, SP, Brasil. 13565-905. lmtomazi@hotmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos.

## Introdução

No Brasil, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus focos prioritários a reorientação do modelo assistencial para a mudança do padrão de vida e saúde da população brasileira. Tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como base estruturante, e a Saúde da Família como estratégia prioritária (Brasil, 2007), no modelo em implantação, as práticas e ações dos profissionais de saúde precisam alcançar princípios fundamentais, dentre eles, a garantia da integralidade na produção do cuidado, vis-à-vis um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (Brasil, 2007; Escorel et al., 2007; Machado et al., 2006).

A estratégia de saúde da família reúne, portanto, a perspectiva da APS e a dimensão integral, ou seja, reconhecendo e atuando sobre as condições de risco presentes na comunidade e buscando recursos coerentes com o contexto social, econômico e cultural em que esta comunidade se insere (Betini, Shuqair, 2009). Nesta estratégia, a equipe de saúde, multiprofissional e interdisciplinar, é considerada um importante dispositivo para a reorganização do processo de trabalho, visando um cuidado mais integral e resolutivo, resultante de práticas profissionais com diferentes recortes epistêmicos e efetuações clínicas, ante o desafio de responder às necessidades concretas de saúde dos usuários (Ceccim, 2004).

A integralidade se configura, em cada caso, como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde preventivos, curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde brasileiro (Pinheiro, Luz, 2003). O cuidado é caracterizado como uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido de uma ação integral, considerando e construindo projetos terapêuticos em que a relação profissional-paciente é dialógica, busca um tratamento que seja relevante e viável, e compreenda o indivíduo no contexto familiar e social no qual está inserido (Pinheiro, Guizardi, 2006; Alves, 2005; Ayres, 2004, 2001; Mattos, 2004, 2001).

Como forma de ampliar as possibilidades de se realizar um cuidado integral e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, a Estratégia de Saúde da Família tem se valido da proposta de gestão do cuidado em equipes de referência e apoio matricial (Campos, Domitti, 2007). O apoio matricial em saúde busca assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde - equipes de referência. Estas têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário.

Essa forma de organizar o trabalho em saúde objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários e depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os apoiadores matriciais, alocados nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade dos diferentes integrantes de ambas as equipes de saúde (Campos, Domitti, 2007).

No contexto da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do SUS, vivenciamos, portanto, o desafio de promover a integralidade da atenção alicerçada em práticas interdisciplinares e multiprofissionais, que têm reclamado um esforço conjunto de setores articulados, no qual se destacam: as políticas setoriais propostas em conjunto pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), como sugeridas pela política de mudança na formação dos profissionais de saúde, e os projetos interinstitucionais, como, por exemplo, o Pró-Saúde. Por se tratar de um processo, a definição do objeto, habilidades, competências e instrumentos de trabalho individuais e coletivos dos membros da equipe de saúde passa por um processo de conformação contínua.

O desenrolar da Estratégia de Saúde da Família tem-nos revelado, contudo, a incipiente incorporação de práticas de outros profissionais que não sejam oriundos da Medicina ou da Enfermagem. No momento em que emergem as ações interinstitucionais do MEC/MS, vemos aumentar a necessidade de uma reflexão sobre as concepções dos papéis das profissões de saúde nas ESF. Para esta situação, o exame da situação específica da formação em Fisioterapia constitui evidência a ser aprofundada.

Até a década de 1980, a atuação do fisioterapeuta estava restrita à recuperação e à reabilitação, acompanhando as razões lógico-históricas que originaram a regulamentação dessa prática como

profissão, logo depois do conflito mundial dos anos 1940. É a partir dos anos 1980 que a formação em Fisioterapia, por meio da redefinição de seu objeto de trabalho, passa a incorporar a promoção e a prevenção da saúde da população como área de atuação (Rebellato, Botomé, 2001). Desde então, os cursos de Fisioterapia têm incorporado, ora mais ora menos, a prevenção e a promoção nas suas estruturas curriculares. Em relação à atuação profissional, por exemplo, as diretrizes do Conselho Federal de Fisioterapia – COFFITO – (2009) que definem a atenção fisioterapêutica, abrangem o desenvolvimento de ações preventivas primárias (promoção de saúde e proteção específica), secundárias (diagnóstico precoce) e terciárias (reabilitação).

Nesta mudança, acompanham um movimento mais amplo de transformação do ensino da graduação na área da saúde como um todo, de que são momentos norteadores: a década de 1990, com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB nº 9.394/96); e, mais recentemente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em que atuam conjuntamente MS e MEC (Andrade, Lemos, Dall'ago, 2006). As DCN direcionam o processo ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências, habilidades e conteúdos com o intuito de capacitar os profissionais a atuarem segundo os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira.

Em boa medida, o fisioterapeuta ainda concentra suas ações na recuperação da saúde dos indivíduos, embora já se possa observar a participação desses profissionais em atividades de atenção primária, enfatizando a sua importância na atuação em Saúde Coletiva (Tesserolli, 2003). Nesse tipo de estratégia de cuidado em saúde, a atuação profissional deve ser separada da dicotomia saúde-doença, pelo fato de esse conceito não ser apropriado para entender o objetivo de trabalho no campo de Saúde Coletiva, que carrega consigo o paradigma da determinação social da saúde e da doença enquanto um processo relacional.

Nesse redirecionamento está explícita uma concepção de trabalho em saúde baseada nos desafios ético-políticos da transdisciplinaridade, multiprofissionalidade e integralidade, que habitam o campo paradigmático da reorientação das práticas de atenção do SUS e de sua Estratégia de Saúde da Família. Sob os auspícios de uma concepção ampliada de saúde, busca-se: respeitar as diversidades e considerar o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político, cultural; ampliar a integração ensino-serviço, com a definição de corresponsabilidades entre os atores, transformando o antigo “campo de estágios” em cenários reais de ensino-aprendizagem, o que aponta, para o aluno, um papel proativo na sua formação; integrar os saberes dos diferentes profissionais, como base para a consolidação do processo de formação em equipe.

A integração orgânica das Instituições de Ensino Superior (IES) com os serviços de saúde em todos os níveis de atenção é a base da proposta de Educação Permanente (Brasil, 2002). Na arena das políticas setoriais envolvendo a dupla saúde-educação, podemos verificar a presença de algumas forças tensionais: a definição, ainda em formação, do objeto de trabalho dos profissionais ao se incorporarem ao SUS; as reformas curriculares e institucionais na formação em saúde; e as propostas de atuação em saúde coletiva oferecidas pelos dirigentes do sistema por meio dos NASF e/ou dispositivos correlatos.

É sob esse paradigma que o campo da saúde coletiva enfrenta as vicissitudes da questão da atenção à saúde perseguindo as dimensões de integralidade e de universalidade. Nele, a estratégia prioritária atual é a da Saúde da Família. Esta é, portanto, um dispositivo de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS) sob as diretrizes operacionais da territorialização e da adscrição de clientela. Isto significa dizer que as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (Brasil, 2009a). Como objetivo principal desta estratégia, podemos apontar o desenvolvimento de ações interdisciplinares de prevenção e promoção da saúde; muito embora as equipes de saúde também devam executar ações de recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, operando, desse modo, na manutenção da saúde desta comunidade (Marques et al., 2007).

A Estratégia de Saúde da Família apresenta, atualmente, uma cobertura populacional nacional de 49%, com 29.057 equipes de saúde em 5.220 municípios (Brasil, 2009b). A implementação da portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, a qual cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, tem a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção

à Saúde, tornando possível pensar a inclusão do fisioterapeuta e de outros profissionais de saúde na ESF dos municípios brasileiros (Brasil, 2009c; Castro, Cipriano Jr., Martinho, 2006).

Contudo, podemos nos interrogar em que nível de discussão se encontram os profissionais e a comunidade acadêmica de fisioterapeutas tanto a respeito da definição clara e distinta do seu objeto de trabalho nesse campo quanto do consequente direcionamento da formação profissional em diálogo com esse objeto. A pauta dos debates ainda parece circular num polígono de discursos incongruentes no qual, de um lado, as demandas pela incorporação não são reconhecidas; de outro, a formação não é orientada; de um terceiro, ainda se tem uma identidade em construção; e, num quarto, não há nitidez da proposta de saúde coletiva para todos os envolvidos.

De maneira geral, o fisioterapeuta atua de forma integrada com a ESF, realizando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, desenvolvidas de forma multiprofissional. O entendimento do conceito de interdisciplinaridade por parte dos profissionais que compõem a equipe, incluindo-se o fisioterapeuta, norteia as ações desenvolvidas na ESF. Esse é um dos conceitos que devem ser bem trabalhados no processo de formação, em virtude da necessidade de profissionais reflexivos a cerca do conceito abrangente de saúde e de sua posição como receptor e difusor desse conhecimento. Apesar dos esforços de diversas partes, a fisioterapia ainda não possui uma definição clara em relação a sua atuação na ESF, fato esse consequente de vários fatores, como: desarmonia entre a formação acadêmica e a prática profissional, e baixo nível de reflexão acerca dos conceitos básicos em Saúde Pública por parte dos fisioterapeutas.

Inicialmente, para se entender como esse cenário foi construído, é necessário compreender que a ESF tem como objetivos centrais: a prestação de assistência integral, resolutive e de qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se as demandas do núcleo familiar. No contexto multidisciplinar, a ESF apresenta atribuições básicas comuns a todos os seus membros, que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), são as seguintes:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco às quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo, de forma contínua e racionalizada, à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade, para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Consoante a crescente importância dos cuidados de fisioterapia nos serviços de atenção primária à saúde, a inserção deste profissional é um processo em construção. O projeto de lei que dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento fisioterápico pelas ESF ainda encontra-se em trâmite. A inclusão de fisioterapeutas nas equipes de saúde da família contribuiria para o alcance da integralidade no SUS: uma vez que a realidade demográfica e a epidemiológica demonstram que as doenças e agravos não transmissíveis representam a maior causa de morbimortalidade em nosso país, muitas dessas condições tornam necessário um maior acesso da população aos serviços prestados pelos demais profissionais de saúde, entre os quais, os fisioterapeutas (Silva, Da Ros, 2007).

Apesar da indução governamental na inclusão do fisioterapeuta na ESF, os documentos oficiais em nada fazem alusão a qual seriam as atribuições específicas desse profissional na equipe de saúde da família (Silva, Da Ros, 2007). Baseado nessa indefinição, este estudo procurou trazer a visão acadêmica, as opiniões e as experiências de fisioterapeutas quanto a essas atribuições a partir da seleção de publicações disponíveis na literatura. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo realizar

uma revisão sistemática da visão da produção científica divulgada no país sobre como vem sendo abordado o papel do fisioterapeuta e sua relação com/ e na ESF.

## Materiais e métodos

Em virtude da necessidade de se entender a demanda de atuação do fisioterapeuta na saúde coletiva, focalizando-se na ESF, os autores levantaram alguns questionamentos. Primeiro, se já existiria uma definição do papel e do campo de trabalho do fisioterapeuta para esta inserção. E, segundo, como se encontra o estado da arte a respeito desse tema na visão dos periódicos científicos da área da saúde. A localização e seleção dos estudos foram realizadas por meio de pesquisa bibliográfica no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme/OPAS/OMS), além da procura manual nas referências dos artigos. A pesquisa compreendeu o período de janeiro de 1994 a julho de 2009. A estratégia adotada foi o cruzamento, para busca, dois a dois, de descritores, conforme relacionado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Metodologia de cruzamento dos descritores

1. programa saúde da família;	a. fisioterapia (especialidades);
2. saúde da família;	b. fisioterapia (técnicas);
3. saúde coletiva;	c. modalidades de fisioterapia.
4. saúde pública.	
Cruzamentos: 1+a; 1+b; 1+c; 2+a; 2+b; 2+c; 3+a; 3+b; 3+c; 4+a; 4+b; 4+c.	

Em virtude da reduzida amostra de estudos, já evidenciada por outros autores (Frazão, Costa, 2006), foram aceitos todos os tipos de estudo que analisavam a participação do fisioterapeuta na ESF. A avaliação crítica dos estudos encontrados foi baseada nos critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídos os estudos que não descreveram e/ou não analisaram a participação do fisioterapeuta na ESF. Além disso, foram excluídos, também, estudos localizados em fontes não disponíveis.

## Resultados

Dos 51 trabalhos localizados na literatura (Quadro 2), dois foram excluídos devido as suas referências apresentarem erros de confecção, impossibilitando a obtenção dos artigos na íntegra. Além disso, 12 trabalhos não estavam disponíveis em formato eletrônico. Os 37 restantes foram analisados, sendo selecionados seis, por respeitarem os critérios de inclusão do estudo. Um estudo foi incluído na consulta de uma coletânea de artigos de relatos de experiências de fisioterapeutas na saúde coletiva, publicado pela editora FioBraz. Esse estudo também respeitava os critérios de inclusão.

**Quadro 2.** Características da busca e seleção dos estudos

Cruzamento	Nº de estudos	Disponíveis	LCO*	Critérios de inclusão
1+a	06	05	0	05
1+b	01	01	01	01 <sup>s</sup>
1+c	01	01	01	01 <sup>s</sup>
2+a	03	03	02	02 <sup>#</sup>
2+b	09	09	01	01 <sup>s</sup>
2+c	09	09	01	01 <sup>s</sup>
3+a	02	02	01	0
3+b	03	0	0	0
3+c	05	02	05	0
4+a	05	01	02	0
4+b	02	02	02	0
4+c	05	02	05	0
Total	51	37	21	07

LCO = estudos localizados em cruzamentos anteriores; Dois estudos no cruzamento x foram excluídos por apresentarem erros de confecção, não podendo, assim, ser localizados. <sup>s</sup>Estudo já contabilizado no primeiro cruzamento; <sup>#</sup>Um estudo já contabilizado no primeiro cruzamento.

Os cruzamentos acima geraram, como fruto, uma coletânea de sete artigos. Para análise desse material, foi realizada uma leitura instrumental dos mesmos para se extraírem os objetivos, se identificarem as metodologias e as conclusões. Esse processo teve como intuito a visualização mais clara do desenho dos estudos e das possíveis semelhanças e divergências entre esses. Posteriormente, foi feita a exploração do material pela leitura detalhada por dois indivíduos isoladamente. Em seguida, as impressões foram registradas e discutidas entre os autores. Nos quadros 3 e 4, foram apresentadas a catalogação e as características dos artigos incluídos nesta revisão.

**Quadro 3.** Características dos estudos selecionados

Nº	Ano	Estudo	Objetivo
1	2005	Brasil, A. C. O. et al. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-CE.	Descrever a atuação do fisioterapeuta, no PSF do município de Sobral-CE, através do perfil socioeducacional dos fisioterapeutas.
2	2006	Castro, S. S. et al. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão.	Abordar a inclusão do profissional fisioterapeuta.
3	2007	Silva, D. J. et al. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação.	Desvelar o papel do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família, focalizando a integralidade e objetivando analisar a formação acadêmica.
4	2007	Trelha, C. S. et al. O fisioterapeuta no PSF em Londrina-PR.	Conhecer as principais características do atendimento fisioterápico no município de Londrina (PR) e as dificuldades com relação à atividade profissional.

Continua



**Quadro 3.** Continuação

5	2002	Véras, M. O fisioterapeuta no PSF.	Descrever a atuação do fisioterapeuta no PSF do município de Sobral-CE.
6	2005	Gallo, D. L. L. A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária.	Analisar a inserção e a prática do fisioterapeuta no PSF do município de Londrina e as adequações da formação universitária a essa atuação.
7	2005	Maciel, R. V. et al. Teoria e prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino da Fisioterapia.	Descrever a experiência no PSF e refletir como a mesma influenciou na formação dos acadêmicos do último período do Curso de Fisioterapia da UFMG.

**Quadro 4.** Construção metodológica e conclusões dos estudos selecionados

Nº	Metodologia	Conclusões
1	Método quantiquantitativo utilizando formulário.	- Atuação na saúde materno-infantil (06 ações), saúde escolar (02 ações), saúde do idoso (03 ações), saúde do adulto (02 ações), saúde da mulher (01 ação) e educação em saúde (03 ações).
2	Revisão bibliográfica	- Atuação no planejamento, implementação, controle e execução de programas e projetos de ações em atenção básica de saúde; - Promoção e participação em estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas em saúde; - Planejamento e execução de treinamento e reciclagem de recursos humanos em saúde; - Participação em órgãos colegiados de controle em saúde.
3	Método qualitativo tipo estudo de caso, através de roteiro para entrevista focalizada e entrevista semiestruturada com três enfermeiras do Programa Saúde da Família, três professoras, duas estagiárias e um vice-coordenador do curso de graduação em Fisioterapia.	- Atuação do fisioterapeuta pautada nas doenças.
4	Método qualitativo utilizando entrevista com quatro fisioterapeutas do PSF.	- Atuação do fisioterapeuta na reabilitação de pacientes acamados e no trabalho preventivo e educativo junto à população; - Redução da demanda de atendimento em níveis de maior complexidade de atenção à saúde em virtude das ações preventivas e assistenciais.
5	Método quantiquantitativo de avaliação das necessidades em saúde da comunidade e atuação do fisioterapeuta.	- Atuação na saúde materno-infantil (01 ação), saúde escolar (01 ação), saúde do idoso (01 ação) e saúde do adulto (01 ação).
6	Método quantiquantitativo utilizando entrevista semiestruturada com oito fisioterapeutas do PSF e seis fisioterapeutas professores de instituições de Ensino Superior.	- O perfil profissional requerido para atuação no PSF incluiu: formação generalista, flexibilidade e criatividade, empatia, autonomia e iniciativa, capacidade de trabalho em equipe e conhecimento sobre o SUS.
7	Método quantiquantitativo utilizando pesquisa de campo para caracterização da população adscrita do PSF e posteriores reuniões com as equipes do PSF e alunos, para que refletissem sobre as possibilidades e desafios da intervenção da Fisioterapia na atenção primária à saúde.	- Essa estratégia é uma tentativa de trabalhar uma das principais dificuldades do PSF, que é a formação de recursos humanos capazes de perceber, refletir e propor ações modificadoras da realidade social e de saúde da população. Sendo assim, a Universidade caminha para cumprir o seu papel gerando conhecimento relevante e formando profissionais voltados às necessidades sociais.



## Discussão

Os artigos selecionados apresentam os resultados de experiências nacionais isoladas da inserção do fisioterapeuta na ESF, seja sobre a ótica de docentes, de fisioterapeutas integrantes da equipe de saúde da família ou fisioterapeutas residentes em Saúde da Família. Esse fato confirma que os sete estudos selecionados são representativos da realidade de publicação em relação à inserção do fisioterapeuta na ESF (Castro, Cipriano Jr., Martinho, 2006).

O estudo 01 relata a experiência desenvolvida no município de Sobral-CE, vista pelo perfil socioeducacional dos fisioterapeutas envolvidos no estudo e por meio das ações realizadas por aqueles profissionais nesse município. Foram analisadas as atividades profissionais desenvolvidas pelos fisioterapeutas frente à demanda existente. Além disso, foi feita uma análise, pelos profissionais, sobre: as dificuldades no desenvolvimento de suas atividades, os aspectos positivos da atividade profissional, o grau de conhecimento da comunidade sobre sua atividade profissional, e as perspectivas de novas realizações pelos profissionais (Brasil et al., 2005). As ações da fisioterapia devem considerar que uma equipe de saúde da família pode ser responsável por até 4.500 pessoas adscritas, e que essas ações (investigação, educação e assistência) devem ser direcionadas ao contexto social da região para garantir a resolutividade do atendimento.

Das ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Sobral-CE, 67% dessas atividades estavam relacionadas à promoção da saúde, prevenção de doenças ou foram realizadas de maneiras integradas à ESF; enquanto 24% estavam relacionadas ao modelo individual e curativo. As dificuldades referidas por esses fisioterapeutas focaram-se: no número insuficiente de profissionais, dificuldades estruturais e materiais, e desconhecimento da população, de outros profissionais e dos gestores quanto às funções desenvolvidas pelo fisioterapeuta (Brasil et al., 2005). Esse cenário é característico quando se considera a mudança do paradigma reabilitador no qual o fisioterapeuta está inserido. Além disso, a ampliação do campo profissional que representa a ESF e a visão interdisciplinar da saúde a que esse se propõe ainda é um campo em construção na sociedade entre os profissionais.

O estudo 02 fomenta, de maneira histórica e teórica, a discussão quanto à inclusão do fisioterapeuta na ESF. Os autores discutem os paradigmas norteadores de toda a estratégia de atenção à comunidade e interação da equipe de saúde: a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade. O conceito de ação multiprofissional trazido pelos autores considera o trabalho em equipe multiprofissional ou multidisciplinar uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, sendo que a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação entre os membros da equipe se desenvolveriam por meio da comunicação (Peduzzi, 2001). Além disso, complementam que a relação de trabalho se torna interdisciplinar quando há margem para maior diversidade de ações em saúde e busca permanente do consenso na equipe.

Talvez seja a partir da abordagem dos conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade que a indeterminação e as dúvidas sobre qual seria o papel do fisioterapeuta na ESF surjam de maneira mais clara. Primeiramente, a construção de uma equipe multidisciplinar deve ser focalizada em indivíduos dispostos a entenderem a saúde na sua dimensão coletiva e que sejam passíveis de adaptações no campo de trabalho. A partir desse ponto, as ações e saberes específicos de cada membro da equipe interagem no processo de promoção de saúde e prevenção de doenças. Sendo que a interdisciplinaridade norteia esse processo a partir do momento que os membros da equipe são capazes de articular, no exercício de seu trabalho, os conhecimentos específicos com os saberes coletivos, em busca de uma prática que transcenda o conhecimento fragmentado (Vilela, Mendes, 2003).

A proposta de atuação deve ser baseada na avaliação das demandas, com ações prioritariamente preventivas e objetivando a independência em saúde da população, aumentando-se, assim, a resolutividade e a abrangência das ações propostas pela Fisioterapia. Contemplando os conceitos citados, Castro, Cipriano Jr. e Martinho (2006) trouxeram, como proposta de atuação do fisioterapeuta, no nível da atenção básica em saúde:

- Participação das equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, implementação, controle e execução de programas e projetos de ações em atenção básica de saúde;
- Promoção e participação de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas em saúde;
- Participação do planejamento e execução de treinamento e reciclagem de recursos humanos em saúde;
- Participação em órgãos colegiados de controle em saúde.

O estudo 03 procurou desvelar o papel do fisioterapeuta na ESF, focalizando no conceito de integralidade e na formação acadêmica. Os autores pretenderam fornecer, com esse artigo, subsídio reflexivo aos que trabalham por mudanças na saúde. Novamente, é abordada a falta de clareza sobre o objeto de trabalho da fisioterapia. Fato este que induz às indefinições do campo de atuação do profissional e seus reflexos na formação acadêmica, e reitera o que já se apontava há mais de uma década (Cecatto et al., 1992).

Em especial, é enfatizada a importância da educação em saúde e do treinamento participativo de toda a equipe para que possa haver integração das ações e troca de experiências. Contudo, a indefinição das necessidades do sistema promove um círculo vicioso no qual a saúde não sabe o que precisa e a educação não sabe para que forma. Nesse ponto, a Universidade deve estar sensível a esta mudança de cenário de atuação em saúde para contemplar uma de suas funções, que é a de fornecer novos profissionais preparados para ingressarem nessa realidade (Silva, Da Ros, 2007).

O estudo 04 procurou conhecer as principais características do atendimento fisioterápico no município de Londrina-PR e as dificuldades com relação à atividade profissional. Inicialmente, é feita uma cronologia da construção da saúde coletiva até a vivência atual da ESF, sendo os profissionais convidados a pensarem sobre uma nova forma de trabalho em equipe com participação da comunidade e com inclusão do planejamento na prática individual. Além disso, aborda a formação da equipe mínima multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e cirurgião dentista, e enfatiza que a inclusão de outros profissionais deve ser realizada de acordo com as necessidades locais (Schwingel, 2002).

No estudo, surge uma proposta que contempla o conceito de promoção e educação em saúde, que é o de treinamento de cuidadores. Essa seria estruturada em um programa organizado, com reavaliações periódicas de indivíduos com dependência funcional total ou para os quais a família não possui estrutura para garantir o acompanhamento no Núcleo de Saúde Integral de Reabilitação (NSI-Reab). Dessa forma, o fisioterapeuta poderia destinar uma maior parte do tempo em ações preventivas, ao invés de ações assistenciais procedentes da demanda reprimida ou não absorvida pelos centros de reabilitação.

Os autores abordam um tema que não seria discutido nessa revisão, no entanto, devido a sua recorrência nos estudos selecionados, este, inevitavelmente, será abordado. Em virtude da própria construção profissional, para muitos, o fisioterapeuta é reconhecido como profissional indispensável na área da saúde apenas em sua função reabilitadora. Com isso, sua atuação no campo preventivo e de promoção à saúde é pormenorizada (Rebellato, Botomé, 2001). Contudo, surge um questionamento: até que ponto a atuação do fisioterapeuta na ESF não está sendo realizada apenas de forma reabilitadora?

Em todos os estudos selecionados, o fisioterapeuta realizava atendimentos voltados à reabilitação, sejam de forma individual ou em grupo e por meio de visitas domiciliares ou por consultas no posto de saúde. Sendo que, na maioria desses, essas atividades ocupavam quase que a totalidade da jornada de trabalho do fisioterapeuta. Além disso, em alguns municípios, as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças estão alocadas fora da jornada de trabalho. Segundo Trelha (2007), esse cenário ocorre em virtude da grande demanda reprimida por atendimento curativo/reabilitador e ao reduzido número de fisioterapeutas atuantes na ESF. Com isso, o papel do fisioterapeuta enquanto agente multiplicador de saúde, com atuação voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças, é colocado em segundo plano, sendo contrário ao princípio norteador do programa: a integralidade.

O estudo 05 apresenta uma estratégia utilizada para tentar abranger a atuação da Fisioterapia em todas as suas facetas. O cenário era semelhante ao descrito anteriormente. Os profissionais, com base no diagnóstico da comunidade, elaboravam um plano de ação, priorizando algumas áreas, sendo realizados: atendimentos coletivos, visitas domiciliares a pacientes restritos ao leito, atividades educativas em geral e alguns atendimentos individuais. A estruturação da ação baseada em frentes de trabalho prioritárias é essencial para que se possa garantir a resolutividade do sistema para aquela realidade social. No entanto, ainda se observa a necessidade de intervenção assistencialista em virtude de uma demanda não absorvida pelo sistema de saúde.

Após a inserção da fisioterapia na comunidade e na equipe, 50% dos demais profissionais afirmaram que passaram a ter uma visão mais completa do paciente; 25% revelaram uma melhoria no atendimento à comunidade; 15% afirmaram ter diminuído a dificuldade de transporte dos pacientes restritos ao leito, e 10% citaram que, após a inserção, foi possível conhecer melhor os campos de atuação da Fisioterapia (Véras, 2002).

O estudo 06 procurou, de forma bem detalhada, analisar a inserção e a prática do fisioterapeuta na ESF do município de Londrina-PR e as adequações da formação universitária a essa atuação. Em um capítulo em especial, faz uma análise da Fisioterapia como profissão a partir de uma coletânea de experiências nacionais na estratégia de Saúde da Família e no desenvolvimento de recursos humanos em saúde (Gallo, 2005). Assim como nos demais estudos, foi apenas demonstrada a experiência isolada de um local, sem que tenha sido feita uma proposta de como deva ser orientada a atuação do fisioterapeuta. Esse fato está ligado à incipiente discussão nacional dos profissionais, dos órgãos de regulamentação, das entidades representantes de classe e do governo acerca deste tema.

A Fisioterapia como profissão, ou área de conhecimento, é uma ciência recente, e seu objeto de trabalho está centrado no ser humano, independente de sua condição de saúde. Contudo, os instrumentos e condutas representativos de seu saber específico e sua atuação são antigos, e não foram desenvolvidos de maneira exclusiva por uma categoria profissional (Trelha, 2002). Os autores abordam, novamente, o estigma reabilitador, trazendo a reflexão proposta por Deliberato (2002). Segundo esse autor, o fisioterapeuta, além de estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais da saúde com formação direcionada à doença, padece deste infortúnio de forma mais acentuada, já que é visto como “o profissional da reabilitação”. Contudo, hoje, o fisioterapeuta é um membro da equipe de saúde com sólida formação científica e que deve atuar em ações de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação.

O estudo 07 trouxe uma metodologia interessante, na qual graduandos do último ano de Fisioterapia foram inseridos na ESF com o objetivo de identificarem as necessidades sociais e de saúde da população e, posteriormente, refletirem, junto com as equipes de saúde, sobre o papel do fisioterapeuta como agente transformador da realidade. Essa estratégia é uma tentativa de se trabalhar uma das principais dificuldades da ESF, que é a formação de recursos humanos capazes de perceberem, refletirem e proporem ações modificadoras da realidade social e de saúde da população (Schwingel, 2002). Sendo assim, a Universidade caminha para cumprir o seu papel, gerando conhecimento relevante e formando profissionais voltados às necessidades sociais. Esta é uma atitude de garantia de sobrevivência, já que, se a Universidade não for capaz de dar as respostas e promover as discussões necessárias para acompanhar as transformações das práticas de saúde que estão ocorrendo, pouco provavelmente encontrará alicerces de continuidade. Esta estratégia deve estar alicerçada em uma formação do fisioterapeuta direcionada às diretrizes de saúde pública e baseada na cooperação entre sociedade e equipe de saúde no cuidado do indivíduo e de sua família, sendo uma proposta de mudança do comportamento em relação ao processo de ensino-aprendizagem e das vivências em saúde (Maciel, Sampaio, Drummond, 2005).

## Considerações finais

Uma primeira constatação é a incipiente quantidade de publicações tratando do tema fisioterapia e saúde da família, uma vez que a varredura em bancos de dados consolidados na área permitiu apenas identificar cinquenta e um estudos ao longo de quinze anos. Esse número é ainda mais restrito se considerarmos o enxuto número de sete estudos abordados.

De maneira geral, no campo de publicações disponível sobre o tema, a abordagem do papel do fisioterapeuta está direcionada de forma integrada com a ESF na forma de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças baseadas nos conceitos de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo. No entanto, poucas definições são possíveis quando abordado o objeto de trabalho específico desse profissional no programa. Fato este que fomenta as dificuldades encontradas com respeito à inserção do fisioterapeuta na ESF.

Com base nas experiências relatadas nos estudos analisados, foi possível reconhecer as propostas globais de atuação da fisioterapia baseadas no contexto social do local, no entanto não foi possível identificar um senso comum entre essas ações nos diferentes locais. Além disso, a inserção do fisioterapeuta na ESF, evidentemente, aumenta a resolutividade no SUS por meio de uma equipe apta para promover saúde integralmente. Observa-se que a indefinição em relação a sua atuação na ESF é consequência de vários fatores, como: desarmonia entre a formação acadêmica e a prática profissional; baixo nível de reflexão acerca dos conceitos básicos em saúde pública, por parte dos fisioterapeutas, e a preservação do paradigma reabilitador do fisioterapeuta.

O aumento da expectativa de vida da população e o estilo de vida urbano no país trouxeram uma mudança do perfil epidemiológico e do cenário de saúde no Brasil. Para atender a essa demanda, é necessário o engajamento de profissionais de saúde de modo a viabilizar o papel crucial da saúde na inclusão social e na promoção da autonomia do indivíduo. O fisioterapeuta pode ser ator nesse processo e contribuir substancialmente para a conquista e desenvolvimento de uma assistência à saúde da população baseada na integralidade. Um profissional capaz de estudar e investigar o movimento humano e as funções corporais facilita o desenvolvimento social da motricidade humana, com consequente melhoria da qualidade de vida, e garante resolutividade e efetividade ao SUS (Baraúna et al., 2008). Diante disso, o fisioterapeuta se configura como um profissional fundamental para a ESF e a produção do cuidado na atenção primária, de maneira individual e coletiva.

Sendo assim, o intuito deste estudo é fomentar a discussão sobre a atuação do fisioterapeuta na ESF para que se possa iniciar a construção de uma proposta nacional das diretrizes de atuação profissional com o objetivo de uniformizar a atuação básica nacional do fisioterapeuta, respeitando-se as nuances de cada região. Para isto, fazem-se necessárias mudanças na formação desses recursos humanos, a partir de um processo de transformação complexo que se inicia desde a graduação e continua após a inserção desse profissional no campo de trabalho com a proposta de educação permanente. Acredita-se que essa seria uma forma mais efetiva para a reversão do quadro de baixa inserção e subutilização do fisioterapeuta, privilegiando a promoção e prevenção da saúde da população.

## Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

## Referências

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005. doi: 10.1590/S1414-32832005000100004.
- ANDRADE, A.M.; LEMOS, J.C.; DALL'AGO, P. Fisioterapia. In: HADDAD, A.E. (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na Saúde: 1991-2004**. Brasília: INPE, 2006. p.201-350.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.
- \_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.6, n.1, p.63-72, 2001. doi: 10.1590/S1414-32832004000100005.
- BARAÚNA, M.A. et al. A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. **Fisioter. Bras.**, v.9, n.1, p.64-9, 2008.
- BETINI, G.; SHUQAIR, N.S.M.S.A.Q. Vigilância sanitária e risco: uma abordagem das proposições legislativas apresentadas no congresso nacional em 2007. **Rev. Direito Sanit.**, v.10, n.2, p.145-65, 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 4/2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002, Seção 1, p.11.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>>. Acesso em: 9 abr. 2009a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 9 abr. 2009b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1065, de 4 de julho de 2005. **Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>>. Acesso em: 15 maio 2009c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção I, p.47-50.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 6 fev. 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº1: a implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000.
- BRASIL, A.C.O. et al. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-CE. **RBPS**, v.18, n.1, p.3-6, 2005. doi:10.5020/18061230.2005.p3
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.N. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saude Publica**, v.23, n.2, p.399-407, 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016.
- CASTRO, S.S.; CIPRIANO JÚNIOR., G.; MARTINHO, A. Fisioterapia no programa saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Fisioter. Mov.**, v.19, n.4, p.55-64, 2006.

CECCATO, M.W. et al. O papel do fisioterapeuta na atenção primária à saúde em comunidades de baixa renda. **Fisioter. Mov.**, v.4, n.2, p.83-98, 1992.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.259-78.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=27](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27)>. Acesso em: 13 jun. 2009.

DELIBERATO, P.C.P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. São Paulo: Manole, 2002.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.21, n.2-3, p.164-76, 2007. doi: 10.1590/S1020-49892007000200011.

FRAZÃO, P.; COSTA, C. Característica da produção científica de fisioterapia relacionada à saúde coletiva. **Fisioter. Bras.**, v.7, n.2, p.132-7, 2006.

GALLO, D.L. **A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2005.

MACHADO, F. et al. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, 2006. p.57-74.

MACIEL, R.V.; SAMPAIO, R.F.; DRUMMOND, A.F. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de Fisioterapia. **Fisioter. Mov.**, v.18, n.1, p.11-7, 2005.

MARQUES, J.B. et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Rev. Baiana Saude Publica**, v.31, n.2, p.248-55, 2007.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1411-16, 2004. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500037.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Coords.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ Abrasco, 2001. p.39-64.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saude Publica**, v.35, n.1, p.103-9, 2001. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ Abrasco, 2006. p.21-36.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Coords.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ Abrasco, 2003. p.7-34.

REBELLATO, J.R.; BOTOMÉ, C.F. **Fisioterapia no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2001.

SCHWINGEL, G.A. Fisioterapia na Saúde Pública: um agir técnico, político e transformador. In: BARROS, F.B.M. (Org.). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p.227-38.

SILVA, D.J.; DA ROS, M.A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.6, p.1673-81, 2007. doi: 10.1590/S1413-81232007000600028.



TESSEROLLI, S.L. **A inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família**. 2003. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2003.

TRELHA, C.S. O fisioterapeuta no programa saúde da família em Londrina (PR). **Espaço. Saúde (Online)**, v.8, n.2, p.20-5, 2007.

\_\_\_\_\_. **LER/DORT em fisioterapeutas da cidade de Londrina**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2002.

VÉRAS, M. O fisioterapeuta no PSF. In: BARROS, F.B.M. (Org.). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p.185-92.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.11, n.4, p.525-31, 2003. doi: 10.1590/S0104-11692003000400016.

NEVES, L.M.T.; ACIOLI, G.G. Desafíos de la integridad: revisión de las concepciones sobre el papel del fisioterapeuta en el equipo de Salud de la Familia. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.551-64, abr./jun. 2011.

La estrategia prioritaria nacional en la salud colectiva es la Salud de la Familia (PSF); sin embargo es incipiente la participación de otros profesionales de salud en la atención primaria más allá de Medicina y Enfermería. Este estudio realiza una revisión sistemática de la visión académica del papel del fisioterapeuta en el equipo de la Salud de la Familia con una investigación bibliográfica en el portal de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS/ Bireme/OPAS/OMS) de enero 1994 a julio 2009. La estrategia ha sido el cruce de los siguientes descriptores: Programa Salud de la Familia, Salud de la Familia, Salud Colectiva, Salud Pública, Fisioterapia (especialidades), Fisioterapia (técnicas), modalidades de fisioterapia. Los siete trabajos seleccionados muestran que, pese a los esfuerzos, la fisioterapia todavía no cuenta con una definición clara en relación a su actuación en PSF.

**Palabras clave:** Terapia física. Modalidades de terapia física. Salud de la familia. Salud pública.

Recebido em 05/02/2010. Aprovado em 03/11/2010.