

TEORIA, PRÁTICA E REALIDADE SOCIAL: UMA PERSPECTIVA INTEGRADA PARA O ENSINO DE FISIOTERAPIA.

Theory, Practice and Social Reality: An integrated perspective to Physical Therapy Education

Maciel, R.V. ¹

Silva, P.T.G. ¹

Sampaio, R.F. (PhD) ²

Drummond, A.F. (MsC) ³

Resumo

Este trabalho teve como objetivo refletir sobre as possibilidades de intervenção da Fisioterapia na atenção primária à saúde, rompendo com a prática do profissional historicamente centrada em ações curativas. Em geral, os currículos oferecidos pelos cursos de graduação em Fisioterapia no país estão muito voltados para práticas hospitalares e ambulatoriais valorizando a reabilitação em detrimento aos novos modelos assistenciais. A atuação do fisioterapeuta não se restringe somente ao campo curativo e de reabilitação. As ações de prevenção e educação em saúde são fundamentais para propiciar a melhora da qualidade de vida da população e as intervenções fisioterapêuticas no atendimento domiciliar podem produzir um impacto positivo na relação do paciente com o meio, tanto físico quanto social. Tendo como proposta a superação do modelo tradicional de formação dos fisioterapeutas, o curso de Fisioterapia da UFMG oferece estágio em Unidades Básicas de Saúde para o aluno do último período do curso. Nessas unidades, o aluno tem a oportunidade de vivenciar um trabalho com profissionais inseridos no Programa de Saúde da Família (PSF). Este trabalho foi desenvolvido no Centro de Saúde São Gabriel (CSSG), no município de Belo Horizonte, onde foi aplicado um protocolo para cadastramento e monitoramento dos usuários impossibilitados de se dirigirem ao Centro de Saúde. Após o levantamento das informações, foram realizadas reuniões com as equipes do PSF e oficinas que possibilitaram aos alunos e supervisor de estágio, refletirem sobre as possibilidades e desafios da intervenção da Fisioterapia na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família (PSF); Atenção Primária; Fisioterapia.

¹ Acadêmicas de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais.

² Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Professora Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, *Campus* Pampulha, Unidade Administrativa II, Belo Horizonte – Minas Gerais CEP: 31270-901.

Endereço para correspondência: Rosana Ferreira Sampaio. Rua Juvenal dos Santos, 222, ap. 602, Luxemburgo. Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP: 30.380-530

Abstract

The purpose of this study was to analyze the physical therapy practice, which historically was essentially focused on curative actions and has demonstrated little expressiveness on primary health care. In general, subjects offered by the Physical Therapy undergraduate programs in Brazil focus on inpatient and outpatient department's practices valuing rehabilitation practice undervaluing other levels of assistance. The physical Therapist action is not restricted to rehabilitation and cure fields. Prevention and health education are essential to improve quality of life and the Physical Therapist's intervention on home care can be positively influence by prevention and health education programs provided by Physical Therapists. Additionally, home visits can improve performance in physical environment and social participation. With the objective of innovating the traditional model of physiotherapy education, then, the Federal University of Minas Gerais (UFMG) offers last year undergraduate students a supervised clinical practice on Basic Health Units. The students have the opportunity to learn with professionals working at Primary Health Care Services. This study was held at São Gabriel Health Care Center (CSSG) located in the North-East Sanitary District of Belo Horizonte where, a protocol was applied to register and monitorate patients unable to go to the health care center.

Keywords: Health Services; Physical Therapy; Primary Care

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado pelo Ministério da Saúde, em âmbito nacional, a partir de 1994 para atender aos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação comunitária estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mais do que um programa, é considerado uma proposta substitutiva, de reorganização da atenção básica e de reestruturação do modelo de saúde vigente (SENNA, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O PSF responde a uma nova concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, por meio da incorporação de ações

programáticas mais abrangentes e do desenvolvimento de ações intersetoriais. E, ainda, propõe uma ampliação do *locus* de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos (INFORME TÉCNICO INSTITUCIONAL, 2000; VASCONCELOS, 1999).

Tais mudanças no sistema de saúde exigem um perfil diferenciado dos profissionais, que devem ser capazes de trabalhar em equipe, incorporar uma visão epidemiológica e valorizarem a participação social da comunidade.

Nesse novo contexto de ações descentralizadas, em uma perspectiva interdisciplinar, verifica-se a incipiente presença do fisioterapeuta na saúde pública. Suas ações ainda estão centralizadas nas áreas curativas e reabilitadoras, voltadas para as práticas hospitalares e ambulatoriais, em detrimento aos novos modelos assistenciais (SAMPAIO, 2002). Isto ocorre não só pela formação acadêmica deste profissional, que não tem contemplado uma visão epidemiológica dos problemas de saúde, como também por falta de conhecimento e entendimento dos gestores e demais profissionais sobre a capacitação e contribuição do fisioterapeuta na rede pública (MENEZES, 2001).

Para integrar aos princípios propostos pelo SUS, a Fisioterapia, como campo de conhecimento e prática, deve formar profissionais que sejam capazes de lidar com promoção de saúde e prevenção de doenças, além da assistência curativa e reabilitadora (SCHWINGEL, 2002).

Existe, portanto, a necessidade de mudança no processo de formação deste profissional tendo em vista as novas propostas de enfrentamento das questões de saúde colocadas na atualidade.

Tendo como objetivo a superação do modelo tradicional de formação do fisioterapeuta, centrado na atenção terciária à saúde, vem sendo ofertado, desde 1990, estágio em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, para os alunos do último período do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Nessas UBS, os alunos têm a oportunidade de vivenciar o trabalho desenvolvido por profissionais inseridos no PSF.

Uma dessas UBS é o Centro de Saúde São Gabriel (CSSG), situado no Distrito Sanitário Nor-

deste e com uma população cadastrada de 19.400 pessoas. Neste trabalho, os acadêmicos têm procurado se integrar ao PSF, buscando novos modelos de assistência, para garantir independência funcional e melhorias na qualidade de vida da população. Assim, os alunos de Fisioterapia estão desenvolvendo um trabalho com a população impossibilitada de se deslocar até a Unidade, por meio da aplicação de um protocolo que permite verificar as condições de vida e moradia desses pacientes.

Esse protocolo foi resultado do Projeto de Extensão “Estágio Vivência no PSF” viabilizado pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família da UFMG em 2000. O Projeto Vivência teve como proposta possibilitar a integração de estudantes de graduação das diferentes áreas da saúde à estratégia de saúde da família, capacitando-os a participar do processo de reorientação da atenção básica à saúde e criando oportunidades para que os cursos de graduação pudessem refletir sobre o modelo educacional vigente e o perfil profissional de seus egressos. O projeto foi desenvolvido em duas UBS do município de Vespasiano e teve a participação de estudantes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Terapia Ocupacional. Os alunos acompanharam o trabalho das equipes de saúde da família, conheceram o perfil epidemiológico da população e participaram do planejamento e da execução das ações do PSF (MIRANDA et al., 2002).

A partir de suas vivências e por meio de um trabalho interdisciplinar, os alunos elaboraram um protocolo com o objetivo de permitir o levantamento e a caracterização dos pacientes impossibilitados de se deslocarem até as UBS.

A proposta final era usar parâmetros de avaliação a serem coletados pelos agentes de saúde para facilitar o acesso ao serviço e à assistência integral aos dependentes e seus familiares, garantindo-lhes uma atenção ampliada em torno de suas necessidades.

A partir dessa experiência e contando com a participação das equipes do PSF, decidiu-se aplicar este protocolo no CSSG. Este trabalho tem sido realizado, portanto, em consonância com o novo modelo de atenção voltado para a família, que pressupõe o desenvolvimento de um processo integrativo e articulador, substituindo as práticas convencionais de atendimento das UBS. Espera-se

desenvolver a capacidade dos acadêmicos de Fisioterapia para atuar nos problemas de saúde de famílias e de comunidades a partir da identificação dos usuários impossibilitados de se deslocarem até o Centro de Saúde, proporcionando assistência integralizada e multiprofissional a esses indivíduos e suas famílias.

Neste contexto, o objetivo do trabalho foi descrever esta experiência e refletir como a mesma influenciou na formação dos acadêmicos do último período do Curso de Fisioterapia da UFMG.

Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido no CSSG, localizado no Distrito Sanitário Nordeste, no município de Belo Horizonte, no período de janeiro a maio de 2003.

Foi realizado um estudo transversal para caracterizar todos os usuários dependentes, aqui definidos como aqueles que não conseguem deslocar-se provisória ou definitivamente até o Centro de Saúde. Para o cadastramento e monitoramento dessa população, foi usado o protocolo elaborado no Projeto Vivência no PSF, mencionado anteriormente.

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) fizeram um levantamento de todos os dependentes dentro da sua área de atuação. Depois de identificados, esses usuários receberam a visita da ACS acompanhada de um acadêmico de fisioterapia, na qual era aplicado o protocolo e realizado o treinamento para a posterior reaplicação e monitoramento dos casos pela ACS.

O protocolo consta de questões multidisciplinares envolvendo a saúde do dependente e de seu cuidador, abrangendo os seguintes tópicos:

- Identificação do dependente: características sociodemográficas, queixa principal e motivo da dependência;
- Aspectos gerais: estado de saúde de um modo geral;
- Mobilidade: locomoção e transferências entre posições;
- Nutrição;
- Aspectos bucais;
- Consumo de medicamentos;
- Ambiente: verifica riscos e aspectos gerais da casa;

- Atividades da vida diária (AVD's): alimentação, higiene e autocuidado;
- Aspectos sociais: renda, lazer, problemas existentes na família;
- Cuidador: identificação, dificuldades encontradas para lidar com o dependente, treinamento recebido, dentre outros.

O protocolo consta ainda de um espaço para que as ACS relatem observações importantes que não foram contempladas nos itens anteriores e para anotar a conduta adotada, quer seja monitoramento do dependente pela ACS ou encaminhamento para os demais profissionais da Unidade. O protocolo foi elaborado para monitorar o dependente durante dez visitas.

Após a aplicação do protocolo, os acadêmicos de fisioterapia e as ACS retornaram ao Centro de Saúde para discutir o caso com as equipes e participaram de oficinas coordenadas pelo supervisor de estágio, quando se discutia o papel do fisioterapeuta dentro das equipes de PSF.

Os dados coletados após a avaliação dos dependentes foram informatizados e analisados com o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 10.0. Foi feita uma análise descritiva inicial (medidas de tendência central e de dispersão, frequência e porcentagem) das variáveis já citadas.

Intervenção dos acadêmicos de Fisioterapia

Após o cadastramento e aplicação do protocolo, as ACS e os acadêmicos de Fisioterapia retornavam para a UBS e discutiam cada caso com a equipe de PSF responsável. Nestas reuniões era definido um projeto para as necessidades de saúde de cada dependente e sua família.

A discussão em equipe da situação de cada dependente e sua família, o planejamento e a definição de estratégias e ações, tanto de caráter individual quanto familiar e comunitário ajudou a envolver e a responsabilizar todos os profissionais, aumentando a resolutividade das intervenções.

Do total de dependentes cadastrados e avaliados, 25 foram encaminhados para tratamento com algum dos profissionais da equipe de PSF e todos estão sendo monitorados pelas ACS.

Cada novo caso de dependência perma-

nente ou transitória passa pelo processo de cadastramento, avaliação e discussão na equipe de PSF responsável. A atenção aos usuários dependentes e seus familiares a partir do projeto da fisioterapia, passou a fazer parte da rotina das equipes de PSF do CSSG.

Quem são os dependentes?

Durante os cinco meses de coleta (janeiro a maio de 2003) os acadêmicos e ACS visitaram 51 dependentes da área de abrangência do CSSG. A idade variou de 13 a 97 anos sendo a mediana das idades de 55 anos. A maioria dos dependentes era do sexo feminino (76%). Vinte e três pacientes eram casados, 10 solteiros e 18 não se enquadravam entre os mesmos. O problema principal encontrado entre os dependentes estava relacionado à saúde, representando 94% do total das queixas relatadas.

Com relação ao motivo da dependência, a maioria foi devido a Acidente Vascular Cerebral (AVC) seguido de idade avançada e/ou queda. Um achado comum foi a presença de patologias associadas como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Hipercolesterolemia. O tempo mínimo de dependência foi de 2 meses, sendo que grande parte dos indivíduos tinham de 8 meses a 3 anos de dependência.

Cinquenta e cinco por cento dos pacientes apresentaram aparência saudável. Quanto aos aspectos psicológicos, 37% estavam irritados, ansiosos ou nervosos e 27% prostrados, tristes ou deprimidos no momento da entrevista. Os problemas de saúde mais relatados foram de visão (n=27), incontinência urinária (n=24), dificuldade para evacuar (n=16) e urinar (n=16). Em relação ao aspecto da pele, foram encontrados 12 dependentes com edema e 7 com úlcera.

Considerando a mobilidade, a maioria se locomovia sozinha ou com apoio (n=25), seguido por 11 que não se locomoviam. Desses, 72% só se locomoviam dentro de casa e 18% alguns quarteirões. A maioria dos indivíduos declarou passar o dia assentado e/ou deitado e conseguir alternar posições sozinha ou com ajuda.

De acordo com os itens abordados em aspectos bucais, verificou-se que a maioria dos dependentes fazia uma higiene bucal adequada e apenas alguns relataram dificuldade para mastigar ou dor e sangramento gengival.

Todos os pacientes faziam uso freqüente de medicamentos e somente 12 tomavam os medicamentos sozinhos. Ao se analisar o ambiente, todas as casas apresentaram algum tipo de risco, sendo escada ou degrau os mais freqüentes, seguidos de móveis com pontas e buracos no terreno.

Quanto às atividades de vida diária, os dependentes apresentaram grande variabilidade. A maioria era totalmente dependente no preparo das refeições (n=42), contudo independente para se alimentar (n=40). Vinte e sete eram independentes para ir ao banheiro, enquanto 17 eram totalmente dependentes. Quanto a tomar banho e vestirem-se, os indivíduos se encontraram igualmente distribuídos entre os itens independente, com ajuda e totalmente dependente.

No aspecto social a renda familiar se concentrou entre menos de 1 a 2,5 salários mínimos representando 61% do total. E na maioria das famílias existiam até quatro pessoas vivendo desta renda. Outros problemas encontrados no ambiente familiar foram alcoolismo, tabagismo e abuso de drogas. A principal forma de lazer dos dependentes era o rádio e a televisão.

Em relação ao cuidador, 43 eram pertencentes à família. A faixa etária variou de 17 a 80 anos (mediana de 48 anos). Cinquenta e sete por cento dos cuidadores dedicavam-se exclusivamente aos seus dependentes, enquanto 41% cuidavam de mais alguma pessoa. Na ausência do cuidador, 40 dependentes dispunham de outra pessoa para assumir o seu papel.

Apesar da quase totalidade dos dependentes exigirem a presença constante do cuidador, este não relatou dificuldades para lidar com o dependente. Dentre as poucas queixas, destacaram-se o excesso de peso e a dificuldade em dar banho no dependente. Trinta cuidadores referiram problemas de saúde e a hipertensão arterial foi o achado mais comum.

Apenas 14 cuidadores receberam algum tipo de orientação para lidar com o dependente. As orientações foram dadas pelos médicos e acadêmicos de fisioterapia do Centro de Saúde ou pelos profissionais do hospital onde o dependente esteve previamente internado.

Repensando o papel do Fisioterapeuta na equipe do PSF:

A Estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade, constituindo-se um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo (PIANCASTELLI, 2001).

Alguns autores consideram que um dos problemas mais importantes que esta estratégia enfrenta para sua consolidação e ampliação está na área dos recursos humanos. Não há profissionais formados com o perfil, competências e habilidades necessárias (SENNA, 2002; MENEZES, 2001; SCHWINGEL, 2002, CORDEIRO, 2000). Existe uma pressão social significativa no sentido de que as universidades busquem maior relevância social, tanto no campo da produção de conhecimentos quanto no perfil dos profissionais que forma. As instituições de ensino devem ser capazes de produzir conhecimento relevante, de formar profissionais adequados às necessidades sociais e de prestar serviços oportunos e de qualidade. Isso porque no contexto das transformações das práticas de saúde que estão ocorrendo, se a universidade não for capaz de dar essas respostas, dificilmente encontrará recursos e respaldo social para sobreviver (FEURWERKER; COSTA; RANGEL, 2000).

Tais transformações demandam a formação de profissionais com competências e habilidades para conhecer a realidade global das famílias, identificar e solucionar problemas, desenvolver ações educativas e intersetoriais para a promoção de saúde, trabalhar em equipe, prestar assistência integral à saúde, intervir no processo de trabalho, enfrentar situações em constante mudança e planejar ações junto à comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Contudo, o que se pode mencionar sobre o histórico do ensino superior em Fisioterapia no Brasil é que ocorre a valorização da assistência individual, da especialidade e da utilização de métodos e técnicas sofisticadas. As práticas e os estágios são predominantemente clínicos, realizados em ambulatórios e hospitais (SAMPAIO, 2002).

Para concretização desse modelo, necessitam-se mudanças nos currículos de todos os cursos da área de saúde, formando, assim, profissio-

nais capazes de atuarem dentro do conceito assistencial baseado na comunidade. A formação do fisioterapeuta deve estar voltada para a saúde da população, comprometendo-se com o indivíduo e sua família, considerando a realidade social (GALVAN; TRELHA, 2000).

A Universidade deve, portanto, proporcionar ao aluno oportunidades práticas em que ocorram intervenções que promovam a qualidade de vida da comunidade, prevenindo doenças, mantendo níveis adequados de capacidade física e funcional e independência dos indivíduos em seu ambiente. Experiências deste tipo podem ampliar a capacidade de intervenção dos profissionais no sentido de buscar a integralidade da atenção.

Preocupando-se com essa formação profissional, algumas escolas têm procurado inserir os alunos dos cursos de Fisioterapia neste contexto, visto que sua formação não pode ocorrer isolada do modelo proposto. O fisioterapeuta deve ser capaz de solucionar problemas, de priorizar as práticas de saúde em diversos cenários, incluindo a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a reabilitação e a recuperação do estado de saúde integralmente e o respeito aos direitos do paciente.

O trabalho desenvolvido no CSSG, pelos acadêmicos de Fisioterapia da UFMG tenta buscar uma prática mais atual e contextualizada da atuação do fisioterapeuta dentro do PSF. Isso requer que o aluno não só desenvolva uma visão integral e peculiar a cada indivíduo, como também desenvolva habilidades para trabalhar em equipe.

Nesse sentido, os acadêmicos tomaram como ponto de partida o cadastro inicial e a aplicação do protocolo a população adscrita, identificando todos os dependentes e diagnosticando sua condição social e de saúde.

Considerações finais

Nas oficinas realizadas durante a implementação deste projeto, os acadêmicos de Fisioterapia detectaram alguns obstáculos relacionados ao perfil dos diferentes profissionais e a cultura dominante na Unidade de Saúde: dificuldade de trabalho em equipe e de integração efetiva com os usuários, prática profissional direcionada ao modelo assistencial tradicional, falta de prepa-

ro profissional para o desenvolvimento de habilidades e competências que o novo modelo assistencial exige e dificuldade para exercer autonomia e assumir o papel de sujeitos de mudança condizente com a reforma da saúde.

A utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, trabalhar sobre problemas da realidade, desenvolver nos estudantes a capacidade de aprender a aprender, de tomar decisões em situações e cenários difíceis, de trabalhar em equipe multiprofissional demarcando o espaço do profissional fisioterapeuta foram alguns dos aspectos positivos apontados pelos acadêmicos durante a realização do trabalho.

A educação que se pretende desenvolver está ligada ao processo de construção do conhecimento, na qual se possa compreender a aprendizagem como um processo de mudança do comportamento, como um produto de uma experiência prática e como função da mudança originada pela inter-relação do aluno com a informação proveniente de materiais instrucionais e/ou de sua experiência prática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Espera-se que esta experiência possa contribuir com a nova formação profissional e a partir da mesma mostrar que a participação efetiva do fisioterapeuta no PSF e em programas e ações de cuidados primários em saúde é condição fundamental para a concretização das diretrizes de uma assistência integral à saúde.

Referências

- SENNA, M. C. MEquidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, suppl, p. 203-211, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família**: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1998.
- INFORME TÉCNICO INSTITUCIONAL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

- VASCONCELOS, E. M., A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 53, n. 3, p. 6-19, 1999.
- NETO, M. M. C. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. **Olho Mágico**, n. 22, p. 5-9, 2000.
- SAMPAIO, R. F., A experiência em Belo Horizonte. In: BARROS, F. B. M. (org). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Fisiobrasil, Rio de Janeiro, p. 11-15. 2002.
- MENEZES, R. G.,. Fisioterapia social, uma excepcionalidade acadêmica? **O COFFITO**, n.10, p. 3, 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**. Fisiobrasil, Rio de Janeiro, 2002. p. 227-237.
- MIRANDA, P. S. C., AMARAL, J. H. L., RODRIGUES, A. B.; DRUMMOND, A. F., , Estágio vivência no PSF - uma experiência da Universidade Federal de Minas Gerais. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 4., Londrina, 2001. **Anais...** Londrina: Olho Mágico, 2002.p. 111.
- PIANCASTELLI, C. H. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: SNUD B. K. G. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Pernambuco: IMIP 2001. p. 121-140.
- CORDEIRO, H. P. Os desafios do ensino das profissões de saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 210, p. 36-46, 2000.
- FEURWERKER, L., COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 22, p. 36-48, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família**. Departamento de atenção básica, secretaria de políticas de saúde, Ministério da Saúde. 2000.
- GALVAN, C. C.; TRELHA, C. S. O enfoque familiar na formação do profissional fisioterapeuta. **Olho Mágico**, n. 22, p. 12-13. 2000.

Recebido em/Recived in: 20/2/2004

Aprovado em/Approved in: 07/12/2004