

FISIOTERAPIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO E DISCUSSÕES SOBRE A INCLUSÃO

Physiotherapy at the Brazilian Family Health Program: a Review and Quarrels on the Inclusion

Castro, S. S.¹

Cipriano Junior, G.²

Martinho, A.³

Resumo

Desde o seu surgimento, o Programa Saúde da Família (PSF) tem um caráter multidisciplinar, entretanto, agregando inicialmente somente médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde. Essa característica multidisciplinar deve proporcionar ampla abrangência dos serviços de saúde sobre o processo patológico, respondendo à necessidade crescente de uma abordagem diferenciada da questão da doença. Além disso, pode permitir à equipe ter opiniões de diferentes profissionais voltadas à resolução do mesmo problema. No entanto, a composição inicial teve como principal problema a não inclusão de diversos outros profissionais de saúde, que há muito participam dos processos preventivos e curativos frente à população. Assim, outros profissionais de saúde estão sendo vagarosamente inseridos no PSF para garantir o bom atendimento e a satisfação da população com relação aos serviços de saúde, porém sem um adequado planejamento. Citam-se, como exemplos de recém-agregados ao PSFm o odontólogo, o psicólogo e o farmacêutico. Entretanto, para assegurar o cumprimento dos preceitos do SUS de resolutividade e integralidade, abordaremos a inclusão do profissional fisioterapeuta, o qual indubitavelmente deveria fazer parte do PSF, uma vez que é o principal profissional envolvido no processo de reabilitação das patologias, reabilitação que, pela Constituição Federal, é direito dos cidadãos brasileiros e dever do Estado. No entanto, essa inserção deve ser feita de maneira planejada, para que o fisioterapeuta tenha condições de exercer seu papel na saúde de maneira adequada e completa.

Palavras-chave: Programa saúde da família; Fisioterapia; Serviços de saúde.

¹ Fisioterapeuta, Doutorando em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública FSP – USP Departamento de Epidemiologia Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César CEP 01246-904 – São Paulo – SP shamyr@usp.br Correspondências para: Shamyr Sulyvan de Castro Endereço: Rua Humberto Pescarini, 876 Bairro Vila Planalto CEP 13280-000 Vinhedo-SP

² Fisioterapeuta, Doutorando em Ciências Aplicadas à Cirurgia Cardiovascular. Rua Napoleão de Barros, 715, 3º. Andar, Disciplina de Cirurgia Cardiovascular CEP 04024-002 Vila Clementino São Paulo, SP Telefone: (11) 55764055 ciprianeft@ibirapuera.br

³ Fisioterapeuta. Rua Comendador Antunes dos Santos, 1671 casa 7 CEP: 05861-260 Bairro: Jd. São Judas São Paulo – SP Telefone: (11) 5514-1188; (11)7216-7817 alefisio_@hotmail.com

Abstract

Since its appearance, the Brazilian Family Health Program has a multidisciplinary character, however, aggregating at first, physicians, nurses, technical nurses and health agents. This multidisciplinary characteristic provides a large covering of this Health Services related to the pathological process, supplying the increasing necessity of a diverse approach of the disease issue. Moreover, it allows the team has different opinions directed to the same problem. However, the initial had like main problem the exclusion of very health professionals who participate of the curative and preventive process facing the people. Hence, others health professionals have been being inserted slowly into the multidisciplinary team to certify the good service and the satisfaction of the population related with the health services, without any adequate planning. As an example of new aggregated, the dentist, the psychologist, and the chemist. However, to assure the accomplishment of the precept of SUS, the resolution and integrality, the physiotherapist, who without a doubt would have, also, integrate the multidisciplinary team, once this professional is the main person involved with the rehabilitation process of the pathologies as well as rehabilitation which, according to the Federal Brazilian Constitution, is a right of the people and an obligation of the State. Nevertheless, this insertion must be well planned; consequently, the physiotherapist may have conditions to exercise their roll on the program in an appropriate and entire way.

Keywords: Family health program; Physical therapy; Health services.

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem a proposta de fazer uma nova abordagem do processo saúde-doença nos serviços públicos de saúde, buscando um novo enfoque, que leva a equipe para perto das famílias visando a uma mudança da orientação do modo de tratar a saúde, anteriormente voltado ao campo curativo, conduzindo-o para mais próximo do campo da prevenção (1). A Saúde da Família traz consigo um outro elemento inovador: a multidisciplinaridade. Em seu princípio, ele foi configurado de forma a agregar médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Posteriormente houve novas incorporações de outros profissionais de saúde à equipe, como exemplo temos a inclusão dos odontólogos, quando a saúde bucal foi adicionada aos serviços do PSF (2), mas infelizmente não pudemos ver tal iniciativa ser estendida aos profissionais de fisioterapia, tornando precária e inexistente a abordagem interdisciplinar nos pacientes do PSF. Recentemente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1269 de 03.08.2005, confirmou a criação em municípios brasileiros de quatro Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, que seriam de Alimentação/Nutrição e Atividade Física; Atividade Física; Saúde Mental; e Reabilitação, sendo que o fisioterapeuta estará inserido no Núcleo de Reabilitação. Embora essa portaria demonstre disposição do Ministério em incluir a fisioterapia na Atenção Integral na Saúde da Família, parece não ser suficiente na inserção do fisioterapeuta no PSF, uma vez que ela propõe como campo de atuação somente

um Núcleo de Reabilitação e não a área e a população coberta pelo PSF.

Esse artigo tem por objetivo principal estimular a discussão sobre a inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família, apresentando justificativas para que as autoridades competentes considerem a proposta. Objetiva-se, ainda, despertar a atenção dos profissionais da fisioterapia para esse novo campo de atuação, dando subsídios para que o fisioterapeuta discuta e participe das atividades nas equipes do PSF.

Metodologia

Foram conduzidas buscas em sites de pesquisa como MedLine (PubMed) e Scielo com as palavras “fisioterapia” e “Programa Saúde da Família”, ou pelos seus correspondentes na língua inglesa, além de buscas manuais em revistas e outras fontes de informações.

Resultados

Os artigos encontrados sustentam a discussão apresentada a seguir.

Discussão

Programa de Saúde da Família: Breve Histórico e Conceitos

O Programa de Saúde da Família tem seus alicerces ligados a alterações e reorganizações da Atenção Primária ou Básica em Saúde ocorridas em países como Canadá, Inglaterra e Cuba. A partir dessas experiências internacionais e também de outras realizadas isoladamente em cidades brasileiras, é que começou a ser idealizado o Programa de Saúde da Família (PSF). O primeiro passo para a criação do PSF no Brasil foi implantado o PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991. O PACS se baseava no trabalho de pessoas da comunidade que eram treinadas, capacitadas e supervisionadas por profissionais de saúde (3).

Seguindo essa linha, em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família, tendo como objetivo a reorganização da prática de atenção à saúde, até então orientado basicamente para a cura das doenças e realizado principalmente no âmbito hospitalar. Essa reorientação do trabalho em saúde que se traduziu pela criação do PSF, o qual teria como premissa a Atenção Básica em Saúde. A Atenção Básica compreende ações individuais ou coletivas, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (1). A atenção, a partir de então, seria centrada na família, incluindo seu ambiente físico e social. Isso ampliaria o conhecimento do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que iriam além das práticas curativas (4, 5, 6, 7). O PSF é estruturado em pressupostos de prevenção e não no processo curativo propriamente dito e tem um caráter não horizontal e paralelo aos serviços de saúde, possibilitando a integração e a organização dos serviços de saúde em um território definido (5). A composição das equipes do PSF pode variar dependendo da localização e da necessidade de serviços de saúde da população atendida, mas, na maioria das vezes, a equipe é composta por: um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde comunitários (8), sendo que a equipe descrita deve ser responsável por no máximo 4500 pessoas (7). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio de acordo com as necessidades e possibilidades locais (7). O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Desta forma, esses

profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (7). O PSF reafirma e incorpora os preceitos básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), que são: a universalização, a integralidade e a participação da comunidade. Essa estratégia de incorporação do PSF pelo SUS está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que consiste de uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, onde desenvolve ações de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (5).

As equipes da Saúde da Família devem estar preparadas para conhecer a realidade das famílias sob sua cobertura, com relação aos indicadores sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais essa população está exposta; elaborar juntamente com a comunidade planos locais para enfrentamento dos problemas de saúde; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea; desenvolver ações educativas e intersectoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde locais (5).

Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e o Programa de Saúde da Família (PSF)

Segundo o dicionário Michaelis, a palavra multidisciplinaridade significa “integração de várias áreas do conhecimento para resolução de problemas, estudo de fenômenos, etc...” (9). O PSF se apóia fundamentalmente nesse preceito da integração entre diferentes áreas do conhecimento desde sua formação, agrupando, em sua fase inicial de criação, médicos e enfermeiros juntamente com os agentes comunitários de saúde (5). Peduzzi (10) considera 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 daria por meio da comunicação. Essa proposta multidisciplinar de trabalho da equipe do PSF vai

ao encontro de sua função, que seria a de desenvolver ações de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos na população sob sua responsabilidade (5). A relação de trabalho se torna interdisciplinar quando há margem para maior diversidade de ações em saúde e busca permanente do consenso na equipe (4).

O processo de adoecimento da população contempla múltiplos determinantes dos fenômenos da saúde-doença onde fatores biopsicológicos, socioeconômicos e culturais são fundamentais para a determinação dos problemas de saúde. Esses formam uma intrincada rede multicausal e multifatorial no processo saúde-doença (11). Assim, a prevenção e o tratamento das doenças requerem a disponibilidade de uma equipe multidisciplinar, capaz de entender a saúde na sua dimensão coletiva. Os saberes e as práticas associados, e não separados, permitirão o exame minucioso dessas enfermidades, assegurando-se, no entanto, a prática dos conhecimentos específicos, necessários para a resolução dos problemas de saúde da população (1). A proposta de trabalho em equipe multidisciplinar tem sido apontada como estratégia para enfrentar o crescente processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em espaços individualizados das necessidades de saúde sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes em saúde. A abordagem multiprofissional facilitaria a resolução de problemas à medida que agruparia saberes de diferentes áreas com um mesmo objetivo (12). Essa linha de pensamento foi adotada pelo Ministério da Saúde na criação do PSF, que seria não um Programa do Médico da Família, pois não é centrado no trabalho médico, mas de uma equipe multiprofissional, na qual todos os saberes são valorizados (1). Essa afirmação, que é sustentada na compreensão da multideterminação dos problemas de saúde vivenciados pela população, é amparada no conceito da interdisciplinaridade, evidencia que a implementação do Programa de Saúde da Família prevê o envolvimento de profissionais qualificados, capazes de articularem no exercício de seu trabalho os conhecimentos específicos, construídos ao longo de sua formação profissional, com os saberes coletivos, em busca de uma prática social a qual ultrapasse os limites da característica fragmentação profissional predominante na saúde do Brasil (1). O PSF deve ter como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença,

devendo dar condições para os profissionais da equipe realizem conexões entre os saberes específicos de cada área a fim de propor novas práticas (12).

No âmbito multiprofissional particular ao PSF algumas outras áreas da saúde têm sido incorporadas se não às equipes do PSF, pelo menos à Unidade de Saúde da Família ou ao centro de referência da equipe. O próprio Ministério da Saúde percebeu a necessidade da inclusão do profissional de odontologia na equipe de saúde da família com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) (2, 12, 13). A inserção do psicólogo é defendida por Cardoso (14), que propõe como objetivos desse profissional do PSF a atuação junto à comunidade, difundindo informações sobre saúde mental e fazendo identificação das pessoas com comprometimentos emocionais que demandem assistência psicológica. A assistência do nutricionista é também incontestável à medida que trabalha as carências nutricionais e patologias relacionadas à má alimentação na população de cobertura do PSF (1). Ainda cita-se aqui o caso do farmacêutico, que deve ser inserido no PSF com a intenção de disponibilizar medicamentos essenciais para as unidades de saúde na tentativa de melhorar o acesso da população a eles, bem como promover o seu uso racional (15). Em Sobral, Ceará, o assistente social também integra a equipe (16). A fonoaudiologia tem seu campo dentro da Saúde da Família, cuidando da promoção e proteção fonoaudiológica dentro dos grupos da unidade e fazendo atendimentos grupais visando demandas específicas da área (1). Já o terapeuta ocupacional pode atuar junto ao PSF desenvolvendo atividades de promoção à saúde dos deficientes e ações de promoção e prevenção à saúde (1). Seguindo esse pensamento de abordagem interprofissional dos problemas de saúde, a atuação do fisioterapeuta junto ao Programa de Saúde da Família poderia enriquecer ainda mais as ações em saúde em virtude dos conhecimentos exclusivos de sua formação profissional.

Fisioterapia: Conceitos e Aplicações na Saúde da Família

Por definição, fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e

sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas (17). Algumas funções do fisioterapeuta são a construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais; prescrever condutas fisioterapêuticas e acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e das condições para a alta do serviço de saúde. No nível da atenção básica em saúde, pode participar das equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, implementação, controle e execução de programas e projetos de ações em atenção básica de saúde; pode promover e participar de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas em saúde; pode participar do planejamento e execução de treinamento e reciclagem de recursos humanos em saúde; e participar de órgão colegiados de controle em saúde (17). A fisioterapia guarda profundas ligações com a filosofia multiprofissional reinante no Programa de Saúde da Família uma vez que, por natureza, já é uma ciência que freqüentemente trabalha em conjunto com outros profissionais da área da saúde. Além disso, Herbert (18) nos relata que a fisioterapia tem efeitos benéficos na dor crônica, diminuindo as incapacidades; na abordagem multidisciplinar da reabilitação após AVC; na reabilitação de doenças pulmonares e na redução do risco de queda acidentais em idosos. Porém, sob uma ótica relacionada às políticas de saúde específicas do SUS, a atuação do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família pode ainda captar uma demanda reprimida pelo serviço de fisioterapia, ou seja, a parcela da população que não tem acesso passa a usufruir do atendimento à medida em que o fisioterapeuta é trazido para mais próximo das famílias. A atuação do fisioterapeuta no PSF vai, ainda, prevenir o aumento do volume e complexidade da atenção em saúde, reduzindo os gastos públicos; concomitantemente, colaborando com a mudança do modelo assistencial, evitando o incremento das doenças ao mesmo tempo em que limita os danos e seqüelas já instalados (19, 20). Nesse sentido, Kato (21) já ressalta que há a necessidade de inclusão do fisioterapeuta na equipe de atendimento dos postos de saúde, em sua pesquisa realizada na cidade de Londrina-PR. Também Ceccato (22) ressalta a importância do fisioterapeuta na atenção básica, discorrendo em seu artigo da necessidade da atuação do fisioterapeuta em

comunidades de baixa renda, na prevenção de doenças e no treinamento dos agentes de saúde.

A Reabilitação e o Programa de Saúde da Família

Etimologicamente, reabilitar é uma palavra oriunda do latim e expressaria a recuperação das condições funcionais nos pacientes portadores de incapacidades. Reabilitação é, então, o conjunto de procedimentos diagnósticos e terapêuticos aplicados aos indivíduos portadores de incapacidade, de etiologia e graus variados, transitória ou definitiva, que objetivam o restabelecimento da funcionalidade do indivíduo, no que diz respeito às suas capacidades físicas, psíquicas, sociais e profissionais, possibilitando-lhe a retomada de seus papéis na família e na sociedade (23). A reabilitação ou recuperação é direito de todos, garantido pela lei nº 8080/90, que diz em seu artigo 2º inciso 1º:

(...) assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (...) a estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. (...) onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (5).

Por essas referências percebemos que o conceito de reabilitação permeia tanto as bases teóricas e políticas do SUS quanto do PSF, entretanto no segundo, um dos principais profissionais responsáveis pela reabilitação ainda não está inserido nas equipes ou nos centros de referência das equipes de maneira rotineira.

A Resolutividade e a Integralidade no Atendimento no Programa de Saúde da Família

Entende-se por resolutividade a exigência de que um indivíduo que busque atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível

de sua complexidade (24). No conceito desse termo estão implícitas ações articuladas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação (25). Mattos (26) nos relata que a integralidade ainda está em implantação no Brasil, porém essa implantação é feita de maneira isolada e esporádica e ainda não alcançaram a visibilidade e generalização esperados. O conceito de integralidade pode ainda nos remeter ao conceito de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (27). Tendo em vista essas definições e conceitos, pode-se perceber que a resolutividade e a integralidade não podem ser garantidas aos atendidos pelo PSF sem a utilização dos serviços da fisioterapia uma vez que esse ramo da saúde é de importância crucial em algumas fases do processo saúde-doença. Portanto, sem a fisioterapia, a população coberta pelo PSF seria impossibilitada do acesso a esse serviço da maneira que o PSF propõe a saúde, colocando a saúde mais próxima das famílias.

Considerações Finais

O presente artigo não tem a intenção de esgotar as discussões sobre o tema e os autores ressaltam que as pesquisas e experiências práticas na área de fisioterapia na Saúde da Família são, ainda, deficitárias, esporádicas, pontuais e pouco comuns no sistema de saúde do Brasil. Porém, passos têm sido dados em direção à multiprofissionalização efetiva do PSF. A II Mostra Nacional de Experiências em Saúde da Família, realizada em Brasília, no ano de 2002, trouxe novas luzes ao tema, sendo que 10 trabalhos envolvendo fisioterapia foram mostrados no evento, o número não é significativo, mas é importante para que saibamos das experiências já feitas e os sucessos que já foram documentados (28). O Ministério da Saúde, em recente portaria, reconhece a importância da fisioterapia na Atenção Integral da Saúde da Família, porém ainda não instituiu o fisioterapeuta como parte da equipe multiprofissional do PSF.

Diante das observações expostas anteriormente e levando em consideração as propostas de multidisciplinaridade, resolutividade e integralidade, pilares do PSF dentro das políticas de saúde do SUS, pode-se perceber que a inclusão do profissional fisioterapeuta nas equipes da saúde da família poderia contribuir para a concretização destas propostas uma vez que este profissional poderia prevenir o aumento do volume e complexidade da atenção em saúde, reduzindo os gastos públicos; concomitantemente, colaboraria com a mudança do modelo assistencial, evitando o incremento das doenças; suprimindo demandas reprimidas do serviço de fisioterapia pela população nas áreas cobertas e finalmente atuar na seleção e triagem de pacientes quando o PSF efetivamente for encarado como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. De outra forma, mais biologicista, o fisioterapeuta atuaria junto ao paciente no tratamento e reabilitação das principais alterações ou patologias do movimento, atendendo pessoas restritas ao leito, prestando assistência fisioterapêutica e orientando os familiares, sempre em acordo com as decisões e ações da equipe, desenvolvendo uma abordagem interprofissional do tratamento das doenças, tanto no indivíduo quanto na coletividade. Esse enfoque pressupõe o cumprimento das iniciativas a que a Saúde da Família se propõe, que seriam a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos pacientes na área de cobertura do PSF.

Assim, a inclusão planejada, oficializada e articulada com a equipe multiprofissional do fisioterapeuta junto ao Programa de Saúde da Família traria certamente benefícios tanto ao PSF, em si, como à população adstrita, incrementando a resolutividade e a integralidade do atendimento em saúde, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde e a população teria de fato um serviço capaz de contribuir na prevenção, tratamento e especialmente na reabilitação nas diversas patologias.

Referências

1. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa de Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev Nutr** 2002; 15(3):255-266.

2. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasil, Brasília, 2002, 24p.
3. Santa Catarina, Secretaria Estadual de Saúde. **Estratégia do Programa Saúde da Família - PSF e Programa Agentes Comunitários – PCS no Estado de Santa Catarina.** Capturado em: 11 jan 2006. Disponível em URL:<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/TextosEstrat%20Programa%20Sa%20Fam%20da%20Fam%20e%20Programa%20de%20Agentes%20Comunit%20rios%20-%20PACS.doc>
4. Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família – Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública.** 2000; 34(3): 361-9.
5. Brasil, Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasil, Brasília, 2001, 36p.
6. Brasil, Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasil, Brasília, 2002, 228p.
7. Sorato E. **O que é PSF?** Capturado em: 26 dez 2005. Disponível em URL: <http://www.calenf.ufsc.br>.
8. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública** 2002; 18(S):163-171.
9. **Michaelis:** moderno dicionário de língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos; 1998.
10. Peduzzi M. **Equipe multiprofissional de saúde:** conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35(1):103-9.
11. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. **Introdução à Epidemiologia.** Rio de Janeiro: MEDSI; 2002.
12. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 2005; 21(4): 1026-1035.
13. Sartori LC. **Rastreamento do câncer bucal:** aplicações no Programa Saúde da Família. São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado] – Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.
14. Cardoso CL, Silva IMM. Inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família: vislumbrando um percurso. **Anais do 7.º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, Brasil; 12-15 de setembro de 2004.**
15. Gomes VMA, Vitoriano CRT, Cavalcante CQM. Interdisciplinaridade: a contribuição farmacêutica junto às equipes do Programa de Saúde da Família em Maranguape. **Anais da II Mostra Nacional de Produções em Saúde da Família.** Brasília, Brasil; 28-30 abril de 2004. Capturado em: 12 nov 2005 Disponível em URL:<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/pagina%20-%20trabalhos.htm>.
16. Anônimo. O PSF e as diversas categorias profissionais: definindo um fazer na estratégia da saúde da família. **Anais da II Mostra Nacional de Produções em Saúde da Família.** Brasília, Brasil; 28-30 abril de 2004. Capturado em: 12 nov 2005. Disponível em URL:<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/pagina%20-%20trabalhos.htm>.
17. COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Fisioterapia:** Definições. Disponível em URL: <http://www.coffito.org.br/fisio.asp?id=Fisioterapia%20Definição>
18. Herbert RD, Maher CG, Moseley AM; Sherrington, C. Effective physiotherapy. **BMJ** 2001; 323:788-90.
19. Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future? **Physiotherapy** 2004; 90:64-72.
20. Rodrigues RM. A fisioterapia no PSF de Macaé. **Anais da II Mostra Nacional de Produções em Saúde da Família.** Brasília, Brasil; 28-30 abril de 2004. Capturado em: 12 nov 2005. Disponível em URL:<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/pagina%20-%20trabalhos.htm>.
21. Kato DS, Silveira EC, Santos EL, Ishikawa SE, Ito K. Avaliação da importância da fisioterapia na rede primária de atenção à saúde. **Semina** 1994; 15:60-3.

22. Ceccato MW, Ioris RR, Laguna AS, Bitterman TC, Nascimento VG, Formighieri VH, Israel VL. O papel do fisioterapeuta na atenção primária à saúde em comunidades de baixa renda. **Fisioterapia em Movimento** 1992; 4(2):83-98.
23. Lianza S. **Medicina de Reabilitação**. Ed Guabara-Koogan, 2 ed. São Paulo; 1995.
24. Consaude. SUS – Sistema Único de Saúde. Capturado em: 01 jan 2006. Disponível em URL: <http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm>.
25. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva** 2003; 8(2):569-584.
26. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública** 2004; 20(5):1411-1416.
27. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública** 2004; 20(2):S331-S336.
28. Ministério da Saúde. **II Mostra Nacional de Experiências em Saúde da Família**. Brasília; 2002. Capturado em: 12 fev 2006. Disponível em URL: http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149.

Recebido em: 21/03/2006
Received in: 03/21/2006

Aprovado em: 14/07/2006
Approved in: 07/14/2006