

FISIOTERAPIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Physiotherapy and Support Center for Family Health: study from the perspective of Family Health managers, professionals, and users

Marcio Costa de Souza¹, Aline Santana Bomfim²,
Jairrose Nascimento Souza³, Alba Benemerita Alves Vilela⁴, Túlio Batista Franco⁵

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar, sob a ótica dos gestores, profissionais e usuários da estratégia saúde da família, a atuação do fisioterapeuta no NASF. Metodologia: Apresenta uma abordagem qualitativa numa perspectiva histórico-social. Foram entrevistados 14 indivíduos por meio de entrevista semiestruturada. Os entrevistados foram divididos em três grupos: o grupo I foi composto por Gestores, o grupo II, por Profissionais de Saúde e o grupo III, por Usuários. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo. Assim, foi construída a categoria denominada Resolutividade, tendo dois núcleos de sentido: oferta/demanda e percepção dos usuários quanto à solução do seu problema de saúde. Resultados: O fisioterapeuta, quando inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, precisa enfrentar os problemas que aportam ao serviço de saúde, tendo como eixos direcionadores o exercício de sua autonomia profissional, o desenvolvimento de intervenções criativas, o vínculo com a coletividade, levando em consideração os direitos do usuário, as opções tecnológicas disponíveis e as necessidades da comunidade de pertencimento. Conclusão: Percebe-se uma necessidade de participação efetiva da Fisioterapia nos projetos terapêuticos que atendem a população.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Fisioterapia; Padrão de Cuidado.

ABSTRACT

This study aims to analyze, from the perspective of managers, professionals, and users of the family health strategy, the role of the physiotherapist in the Family Health Support Center. Methodology: It presents a qualitative approach in a historical-social perspective. Fourteen individuals were interviewed using a semi-structured interview. Respondents were divided into three groups: Group I was composed of managers, Group II, of health professionals, and Group III, of users. Data analysis was performed based on content analysis. Thus, the Resolvability category was constructed, with two core meanings: supply / demand and user perception of health problem resolution. Results: The physiotherapist, when introduced into the Family Health Support Center, must face the problems that come up in the health service, the central factors being the exercise of their professional autonomy, the development of creative interventions, the link with the community, taking into account user rights, the technological options available, and the needs of the community. Conclusion: There is a clear need for effective participation of physiotherapy in the therapeutic projects that attend the public.

KEYWORDS: Primary Health Care; Physical Therapy Specialty; Standard of Care.

¹ Marcio Costa de Souza, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Professor assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Pesquisador colaborador do Instituto Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense. E-mail: mcsouza@uesb.edu.br

² Aline Santana Bomfim, fisioterapeuta. Pesquisadora colaboradora do Departamento de Saúde da Universidade estadual do Sudoeste da Bahia

³ Jairrose Nascimento Souza, fisioterapeuta, sanitarista e pesquisadora colaboradora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

⁴ Alba Benemerita Alves Vilela, doutora em Saúde Pública. Professora Plena da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

⁵ Túlio Batista Franco, doutor em Saúde Pública. Professor adjunto da Universidade Federal Fluminense

INTRODUÇÃO

O processo de (re)organização do modelo de saúde no Brasil vem ocorrendo, principalmente, sob a égide da (re)orientação da Atenção Primária, definida como um conjunto de medidas em saúde, tanto individuais como coletivas, que envolve a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, envolvendo, portanto, uma multiplicidade de saberes e um processo de trabalho que se organiza com base na micropolítica. Nesse contexto e com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária, foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que oportunizou uma reorientação e reorganização do modelo assistencial.¹

Para que alcance resultado positivo na qualidade de vida da população, a Atenção Primária à Saúde demanda intervenção ampla sob diversos aspectos. Para tanto, é necessário um conjunto de saberes capaz de torná-la eficiente, resolutiva e eficaz. Esse nível de atenção baseia-se, sobretudo, na continuidade e integralidade da atenção, participação social, coordenação da atenção agregada ao sistema, competência cultural dos profissionais e atenção com enfoque na família.² Baseia-se, ainda, no reconhecimento de que todo processo de trabalho em saúde opera em redes e na inclusão da clínica como um instrumento fundamental para o cuidado, complementar aos outros núcleos de saber e fazer, e que deve ser objeto de análise e qualificada na sua prática para o cuidado em saúde.³

Desse modo, constitui-se em desafios à Estratégia Saúde da Família sua integração à rede de atenção, a ampliação de sua resolutividade e a capacidade de compartilhar e alcançar a coordenação do cuidado. Nesse contexto e com o objetivo de superar essas limitações, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, a fim de ampliar a abrangência das ações de atenção primária e otimizar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, estabelecendo-se como apoio às equipes de saúde.^{4,5}

Por se tratar de um fato recente, a inserção da fisioterapia na Atenção Primária tem provocado inúmeras reflexões quanto à necessidade da assimilação de novos saberes capazes de proporcionar uma ampliação ou reconfiguração de práticas, indispensáveis para as intervenções nesse nível de atenção.⁶

Para atuar junto à atenção primária, o fisioterapeuta precisa estar munido de uma adequada técnica e, principalmente, de sensibilidade para perceber as necessidades e circunstâncias nas quais as famílias que buscam a atenção primária estão inseridas. Dessa forma, quando imerso no NASF, o profissional fisioterapeuta deve ser capaz de

ampliar sua atenção a toda a comunidade, desenvolvendo práticas capazes de reduzir riscos e agravos, através do acolhimento integral que englobe educação em saúde, atendimentos individuais, grupos operativos e visitas domiciliares.^{7,8}

Nesse sentido, este estudo tem por objetivo analisar, sob a ótica dos gestores, profissionais e usuários da estratégia saúde da família, a atuação do fisioterapeuta no NASF.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido sob uma abordagem qualitativa, fundamentado numa perspectiva histórico-social, a qual implica na aproximação indispensável entre objeto e sujeito.⁹ O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde no interior da Bahia, onde a equipe de saúde tem suas atividades apoiadas pela modalidade do NASF 01. Com o intuito de contemplar o objetivo da pesquisa, definiu-se previamente o local do estudo, porém o número de participantes foi de acordo com a saturação das respostas na entrevista, totalizando 14 sujeitos, entre os quais, são quatro profissionais de saúde, dois gestores e oito usuários. Os sujeitos da pesquisa foram divididos em grupo I formado por Gestores, grupo II, por Profissionais de Saúde e grupo III, por Usuários.

A técnica de produção de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, que tem por finalidade perceber a compreensão dos sujeitos sociais acerca dos objetivos previstos na pesquisa, utilizando a análise de conteúdo para melhor compreensão dos fatos.¹⁰ Assim, após leitura completa do material transcrito, releitura e organização das gravações, os dados das entrevistas foram ordenados através de um mapeamento de todas as informações obtidas.

Foi realizada leitura exaustiva e flutuante das entrevistas, que permitiu entender os pontos relevantes e as ideias centrais sobre o tema proposto. Após a produção dos dados, os mesmo foram organizados, para posterior análise, que ocorreu a partir da formulação dos sentidos, formando os núcleos através de uma conexão dos fatos surgidos na investigação. Em seguida, houve a classificação dos dados em categorias, compostas pelos respectivos núcleos de sentido.¹⁰

Desse modo, foi construída uma categoria denominada de Resolutividade, tendo como núcleos de sentido oferta/demanda e percepção dos usuários quanto à solução do seu problema de saúde. A análise final consistiu em correlacionar os dados empíricos com o referencial teórico da pesquisa, proporcionando a percepção dos vários olhares formados pelos inúmeros sujeitos que com-

puseram o estudo.

Esta pesquisa respeitou as normas vigentes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde que regem a pesquisa envolvendo seres humanos.¹⁰ A sua realização ocorreu após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o número de protocolo 048/2011.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Resolutividade

A Resolutividade é um pressuposto fundamental no sistema de saúde. Assim, quando existe um problema que ocasione impacto coletivo sobre a saúde ou quando um indivíduo busca atender a sua necessidade, o serviço correspondente deve prover medidas para enfrentar e solucionar as questões que correspondem à sua competência.⁴

Quando inserida no modelo hierarquizado por níveis de atenção à saúde, a Resolutividade pode ser avaliada sob dois aspectos. O primeiro refere-se à capacidade do serviço em atender a demanda e encaminhar, quando necessário, os atendimentos aos centros especializados; o segundo estende-se desde a consulta inicial até a solução do problema, abrangendo, assim, diferentes níveis de atenção à saúde.¹¹

Por definição, a Resolutividade compreende a capacidade do sistema de saúde, dentro do seu nível de atenção, de prestar soluções aos problemas de saúde do usuário que busca os seus serviços. Além disso, deve atender aos problemas que repercutem em nível coletivo, baseando-se no princípio de que o sistema de saúde tem que assumir a responsabilidade pela vida dos cidadãos que ocupam seu território de abrangência.¹²

É possível discutir a resolutividade a partir de diferentes abordagens, dependendo de quem a avalia e do que está sendo avaliado no momento. Assim, questões relativas à demanda, satisfação do usuário, tecnologia leve e/ou dura disponíveis nos serviços de saúde, acessibilidade, recursos humanos, necessidades de saúde, aspectos culturais e socioeconômicos da população, sistema de referência e adesão ao tratamento podem ser considerados como diferentes enfoques da resolutividade.¹¹

Desse modo, seguindo essa lógica de conceitualização, a resolutividade foi analisada, nesse estudo, a partir da percepção do entrevistado quanto à relação entre oferta e demanda e solução do seu problema de saúde.

Os entrevistados 3 e 4 (grupo II) inferem que a obtenção da resolutividade no atendimento às necessidades de saúde está condicionada ao aumento no número de profissionais fisioterapeutas, já que se observa uma grande

demanda por essa especialidade na área de abrangência da unidade de saúde.

“Acho que é pouco ainda o profissional [...] Eu acho que talvez poderia ter mais profissionais, porque eu acho que um ou dois fisioterapeutas, três pra cobrir o município, acho que tem muita demanda, entendeu?! Então eu acho que, na minha opinião, acho que deveria ter mais fisioterapia.” (Ent. 3; Grupo II)

“[...] a fisioterapia precisa tá inserida no nosso dia-a-dia e numa quantidade maior de profissionais, né? Porque é necessário, é muito importante e a gente precisa.” (Ent. 4; Grupo II)

No entanto, ainda com relação à análise das condições propícias à obtenção da resolutividade, emergiu, na fala dos entrevistados 7 e 10 (grupo I), que a oferta de profissionais fisioterapeutas está sendo adequada à demanda da unidade de saúde.

“Pela quantidade da população aqui do município, eu acho que um profissional de cada área é o bastante [...] Então um profissional, pra demanda do município, acho que é o suficiente.” (Ent. 7; Grupo I)

“[...] atualmente a gente tem dado conta da demanda com os nossos dois fisioterapeutas do NASF.” (Ent. 10; Grupo I)

Para a obtenção de resolutividade dos problemas de saúde, é necessário considerar, além do atendimento à demanda, uma abordagem integral, maior ênfase na prevenção e na participação comunitária, assim como práticas clínicas associadas à ideia de que o cuidado se faz com base em um encontro, e o modo como se estabelece a relação entre os que se encontram, o trabalhador e usuário, influencia significativamente os resultados do projeto terapêutico. Algo que Franco e Galavote¹³ conceituam como a “clínica dos afetos”, trazendo para o processo de trabalho a questão das afecções que são próprias das relações entre sujeitos e, no caso específico, entre o profissional e usuário. No entanto, na prática cotidiana, devido às grandes demandas individuais e urgentes, desconsidera-se uma atenção que conduza ao atendimento integral e coletivo¹² e, sobretudo, centra-se o processo de trabalho no ato prescritivo e em práticas mais instrumentais do que relacionais.

Destarte, a Atenção Primária à Saúde depara-se constantemente com desafios, tais como a ampliação crescente de sua cobertura populacional e sua integração à rede de atenção, abrangendo a ampliação de sua resolutividade

e da capacidade de partilhar e realizar a coordenação do cuidado. Nesse contexto, o NASF, como mecanismo vinculado à equipe de saúde da família, compartilha de tais desafios, devendo contribuir para o aumento da resolutividade e da efetivação da coordenação do cuidado.⁴

É necessário que o fisioterapeuta, em seu processo de trabalho na Atenção Primária, consiga suprir a demanda da comunidade, reduzindo danos e agravos, a partir de uma prática integral que englobe educação em saúde, acolhimento, estabelecimento de vínculo, atendimentos em grupo e individuais e realizando visitas domiciliares.¹⁴

É importante ressaltar que as opiniões dos gestores e usuários deste estudo - Ent. 7 (grupo I) e Ent. 11 (grupo III) - levam-nos a concluir que o número de atendimentos disponibilizados no primeiro nível de atenção pelos profissionais fisioterapeutas do NASF é insuficiente. Acredita-se que esse fato ocorra devido à grande demanda por atendimentos nessa área.

“[...] às vezes se fosse pra atender todo mundo não ia ter como. Porque é estipulado uma quantidade pra não ultrapassar.” (Ent. 7; Grupo I)

“Aí, por isso que eu tô dizendo que tá bem melhor e ficaria melhor se ele viesse mais vezes.” (Ent. 11; Grupo III)

É possível notar, nas opiniões dos entrevistados do grupo III, composto por usuários, uma correlação com as falas anteriores, pois foi enfatizado pelos participantes que uma continuidade nos atendimentos traria maiores e melhores resultados, justificando, assim, a necessidade de uma oferta maior de profissionais fisioterapeutas nesse contexto como sugerem os entrevistados 5 e 8 do Grupo III:

“É... eu acharia que se ele viesse mais era melhor um pouco, era melhor, né? Que às vezes ele vem uma vez na semana, às vezes passa uma semana, na outra ele não vem.” (Ent. 5; Grupo III)

“Se tivesse mais na área, porque a quantidade de doente é bastante, tá entendendo? Aí, era melhor, né? Porque o dia que não podia vir já vinha outro pra cobrir a falta dele. Tá entendendo? Eu achava.” (Ent. 8; Grupo III)

É importante ressaltar que o aumento de profissionais, embora importante, é insuficiente para qualificar o cuidado, pois será necessário também alterar seu processo de trabalho, fazendo com que haja maior significância das tecnologias relacionais, leves, que devem comandar o modo de produção do cuidado, subsumindo as tecnologias duras e leve-duras.¹⁵ Devido à grande demanda por

atendimentos fisioterapêuticos em comparação ao tempo disponível do profissional em cada unidade, observa-se a necessidade da criação de grupos nos quais a educação e a orientação do cuidador devem ser priorizadas, fazendo com que a demanda por atendimentos domiciliares seja absorvida.¹⁴

Acredita-se que a atuação do fisioterapeuta, dentro de um território pré-determinado e com uma população definida, promoveria um acompanhamento mais próximo, desenvolvendo novas relações entre profissionais e usuários, estabelecendo, assim, vínculos e a possibilidade de um acompanhamento continuado, potencializando as ações promocionais e preventivas¹⁶, associadas ao cuidado clínico.

Seguindo com a análise da resolutividade a partir da percepção do entrevistado, destaca-se a sua opinião quanto à solução do seu problema de saúde. Percebe-se, na produção de dados na fala dos entrevistados 5 e 11 do grupo III, que há uma melhora na funcionalidade do usuário que recebe o atendimento fisioterapêutico:

“Aí melhorou, melhorou um pouco. Porque ele ficava, era meio difícil a gente pegar, agora a gente já pega ele mais, melhorzinho um pouco, não muito, né? Ele já ajuda um pouquinho, que ele não ajudava o corpo agora ele... ontem mesmo [...] pegou na mão dele tentou suspender e ele trouxe o corpo até adiante e voltou.” (Ent. 5; Grupo III)

“Eu achei bem melhor, né? Assim, a mão dela sempre ficava um pouco inchada e através desses exercícios tá bem melhor mesmo. [...] aí, ela depois dessa fisioterapia que ela tá fazendo tá bem, melhorando mais, porque ela não... assim às vezes quando ela ia deitar ela tinha o modo de se benzer né pra deitar, pra rezar. Aí, quando ela não aguentava e hoje em dia ela já faz com a mão doente, ela segura mais já faz, entendeu?” (Ent. 11; Grupo III)

Em estudo de revisão realizado por Hass¹⁷, foi destacada a atuação específica do fisioterapeuta em atividades de grupo e atendimentos domiciliares, concluindo-se que esse profissional é capaz de atuar junto à população em promoção, proteção, reabilitação e manutenção da integridade física.

Estudos relatam que a assistência fisioterapêutica, na comunidade, é capaz de prover um atendimento integral e equânime. Os resultados são obtidos por meio da conscientização do usuário e da família quanto às limitações advindas da patologia e da necessidade de dar continuidade ao tratamento. É possível observar, ainda, benefícios em médio e longo prazo, tais como o retorno de algumas atividades de vida diária, acarretando em melhora da funcionalidade do usuário.^{15,18}

Ressalta-se, porém, que as ações diretas, realizadas pelos profissionais do NASF com os usuários e famílias, devem ser encaminhadas pela equipe de saúde da família após discussão com os profissionais que estejam responsáveis pelo caso. Ou seja, o atendimento direto e individualizado só ocorrerá em situações de extrema necessidade e articulado com as equipes de saúde e outros setores interessados.⁴

Os entrevistados 10 (grupo I) e 3 (grupo II) destacam outra vertente de atuação dos profissionais do NASF que propiciam a obtenção da resolutividade no âmbito da unidade de saúde, que é o desenvolvimento de ações articuladas com os profissionais que integram a equipe de saúde da família.

“[...] ele nos dá resolutividade à medida que as ações que envolvem o serviço de saúde ultrapassam a capacidade e a tecnologia da Unidade Básica. [...] fisioterapeuta às vezes dá essa resolutividade dentro do NASF e o NASF consequentemente pra Unidade através de ações de promoção e prevenção de saúde, evitando sequelas futuras nos casos que poderiam vir, advir da patologia. Então, é importante porque o fisioterapeuta trabalha na ponta.” (Ent. 10; Grupo I)

“Eu acho que é muito importante ter um fisioterapeuta aqui com a gente, porque às vezes até a gente mesmo tem algum paciente aqui que precisa orientar, que precisa encaminhar aqui mesmo na unidade, né?! Então, a presença do fisioterapeuta aqui com a gente eu acho importante com certeza.” (Ent. 3; Grupo II)

O trabalho em equipe compreende uma proposta de trabalho coletivo que está baseada na relação recíproca entre as ações técnicas e a interação dos agentes. Essa modalidade de serviço tem sido difundida como estratégia para compensar o significativo processo de especialização na área da saúde.¹⁹

Apesar de o fisioterapeuta não ser um profissional que integre a equipe mínima do ESF, atualmente vem conquistando seu espaço dentro da equipe interdisciplinar de apoio a Saúde da Família, executando ações nos três níveis de prevenção, repercutindo de forma positiva na qualidade de vida da comunidade.^{6, 20}

Dessa forma, o processo de trabalho em saúde deve operar sempre em redes, dado que não há um profissional autossuficiente, visto que se trabalha com problemas complexos no âmbito da saúde, necessitando de múltiplos saberes e fazeres para o cuidado. Essas redes nem sempre obedecem uma forma dada, protocolar e normatizada e, muitas vezes, constituem-se por esforço dos próprios trabalhadores, que estabelecem conexões uns com os ou-

tros, ou mesmo com outras Unidades da rede de saúde, e fazem fluxos nos quais os usuários transitam para obter recursos ao atendimento às suas necessidades. Essas redes, como operam no plano da micropolítica dos processos de trabalho, têm a força operatória dos próprios trabalhadores, desviam-se de obstáculos e apresentam alto grau de resolutividade.²

O NASF deve ser constituído por equipes multiprofissionais com o objetivo de atuar e dar apoio aos profissionais das equipes de saúde da família, definindo e planejando ações em conjunto com as equipes e de acordo com as necessidades e realidade local.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde necessita dar resposta à sociedade em caráter imediato, oportunizando atendimento à demanda, facilidades no acesso, capacidade tecnológica dos serviços, a fim de obter resolutividade dos problemas de saúde. Além disso, deve dar ênfase a uma abordagem integral, focada na promoção da saúde, prevenção de doenças e na participação comunitária, no trabalho em redes e práticas vinculadas à ideia da clínica que considere as subjetividades no encontro entre trabalhador e usuários. Isso com vistas a uma qualificação nos serviços e uma maior satisfação do usuário.

Constata-se, entretanto, que as soluções apresentadas para superar as limitações no âmbito da atenção à saúde não têm se mostrado completamente eficazes, visto que muitas lacunas precisam ser preenchidas para que se efetive o modelo de atenção segundo os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Nessa perspectiva, o fisioterapeuta, quando inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, precisa enfrentar os problemas que aportam ao serviço de saúde, tendo como eixos direcionadores o exercício de sua autonomia profissional, o desenvolvimento de intervenções criativas, o vínculo com a coletividade, levando em consideração os direitos do usuário, as opções tecnológicas disponíveis e as necessidades da comunidade de pertencimento.

Fica claro, no estudo, que há a necessidade de maior presença da fisioterapia nos projetos terapêuticos desenvolvidos, mas, ao mesmo tempo, deve-se enfatizar que seu processo de trabalho deve se organizar centrado nas tecnologias leves, relacionais, o que possibilita o exercício do acolhimento, a percepção dos afetos presentes na relação trabalhador/usuário, bem como a negociação de projetos terapêuticos, principalmente quando em ambiente familiar, espaço de controle do usuário e da família.

REFERÊNCIAS

1. Morosini MVGC, Corbo AD. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
2. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/ UERJ-ABRASCO; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina de qualificação do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 86 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Figueiredo EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor; 2010. [Citado 2011 dez. 20]. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>.
6. Freitas MS. A atenção básica com campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional [tese]. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006. 138 p.
7. Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(6): 1673-81.
8. Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde Soc. 2001; 10(1): 33-53.
9. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1993; 9(3): 239-62.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.
11. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saúde Pública. 2008; 24(3): 663-74.
12. Degani VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde [tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002. 201 p.
13. Franco TB, Galavote, HS. Em busca da clínica dos afetos. In: Franco TB, Ramos VC. Semiótica, afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter Mov. 2010; 23 (2): 323-30.
15. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
16. Júnior JPB. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15 (1): 1627-36.
17. Haas D. A evolução da assistência a saúde pública no Brasil e a interação da fisioterapia no contexto atual [tese]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2003. 51p.
18. Ferreira FN, Leão I, Saqueto MB, Fernandes MH. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. Rev Saúde Com. 2005; 1(1): 35-43.
19. Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001; 35 (1): 103-9.
20. Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15 (4): 2155-64.
21. Mângial EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. Rev Ter Ocup Univ. 2008; 19 (2): 1.

Submissão: agosto/2012

Aprovação: novembro/2012
