



A VISÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) ACERCA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM PARNAÍBA, PIAUÍ

THE VISION OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT ON THE PHYSIOTHERAPY SERVICE IN THE FAMILY
HEALTH SUPPORT NUCLEUS IN PARNAÍBA, PIAUÍ

Mara Dayanne Alves Ribeiro ¹

Euriene Maria de Araújo Bezerra ¹

Jefferson Carlos Araujo Silva ¹

Gaussianne de Oliveira Campelo ²

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas ³

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, propõe uma ampliação da intervenção em saúde, incorporando na sua prática a comunidade como um todo. Os agentes comunitários de saúde garantem a vinculação com as famílias sob adscrição da ESF, apresentando-se como principal mediador entre a população e a equipe de saúde. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008, com o intuito de aumentar a abrangência das ações de atenção básica, são compostos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, incluindo o fisioterapeuta. O trabalho tem como objetivo analisar o conhecimento dos ACS acerca das atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta do NASF de Parnaíba, Piauí. O estudo de caráter descritivo e abordagem quantitativa foi realizado com as 10 equipes da ESF vinculadas ao NASF, distrito 01, (NASF -1), de Parnaíba – PI. A maioria 78% da amostra é do sexo feminino (n = 51) e 60% possui nível médio (n= 39), 58% da amostra (n = 38) estão satisfeitos com o emprego e atribuem este contentamento a sua equipe de trabalho. Na visão dos ACS, a fisioterapia no serviço é importante, sendo esta considerada por 89% (n=58) como desenvolvedora de ações de promoção e proteção à saúde. Verificou-se que há uma interação entre esses profissionais e uma interdependência entre suas atividades, o que requer trabalho em equipe para garantir a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Fisioterapia.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS), created in 1994, proposes an extension to health intervention, incorporating its practice in the community as a whole. The Community Health Agents (CHA) ensure the link to families under FHS adscription, as the main mediator between the population and the health team. The Family Health Support Nuclei (FHSN), created in 2008 with the intention of increasing the coverage of basic care actions, are made up of professionals from different areas of knowledge, including physiotherapy. This study had as objective to analyze the knowledge of CHA on the activities developed by the physiotherapists from the FHSN in Parnaíba, Piauí. The study, with descriptive character and quantitative approach, was conducted with the 10 FHS linked to the FHSN, in district 01 (FHSN – 1) of Parnaíba, Piauí. Most of the participants in the sample were female, 78% (n=51), and 60% (n=39) had a high school education, 58% (n=38) of the sample were satisfied with their jobs and attributed this contentment to their work team. In the vision of the CHA, physiotherapy in the service is important, with this being considered by 89% (n=58) as a developer of health promotion and protection actions. It was found that there is interaction among these professionals and interdependence in their activities, which requires team work to ensure the integrality of care.

Key words: Family Health, Community Health Agent, Physiotherapy.

1. Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Piauí - UFPI, Campus: Parnaíba, Parnaíba- PI.

2. Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde da Família (UFC/UVA), Sobral- CE.

3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Vale do Acaraú (UVA) e dos Programas de Pós-graduação - RENASF/UVA e UFC. Coordenadora Adjunta do Pró-Saúde e Pet- Saúde (UVA).

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), passando a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo a Portaria 648/06, que propõe uma ampliação da intervenção em saúde, incorporando na sua prática a comunidade como um todo. A família passa a ser o objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive¹⁻².

A ESF surge com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a começar da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população¹⁻².

A estratégia conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e, a partir de 2000, foi introduzida oficialmente a saúde bucal. Os ACS, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, devem residir nas suas respectivas áreas de atuação, apresentando-se como principal mediador entre a população e a equipe de saúde².

Dentre as atribuições dos ACS definidas pelo MS, merecem destaque: fazer mapeamento de sua área de atuação, cadastrar e atualizar as famílias adstritas, identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco, realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal, promover educação em saúde, orientar as famílias, identificar problemas e riscos, encargos que os tornam responsáveis pela dinâmica de implantação e de consolidação do modelo assistencial de saúde².

Para melhor assistir a população, o MS criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o intuito de aumentar a abrangência das ações de atenção básica, de oferecer maior respaldo, resolubilidade e integralidade ao SUS, legitimando o processo de territorialização e regionalização da atenção básica, apoiando a ESF e aumentando a responsabilidade dos ACS em vincular a comunidade ao sistema de saúde³.

O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, importantes na busca de um modelo de atenção mais humanizado, integral e de responsabilização dos profissionais e usuários, observando as necessidades de uma pessoa no seu âmbito integral. O fisioterapeuta insere-se, então, adotando um novo aspecto, de ciência promotora e preventiva, não apenas reabilitadora, garantindo preservação, manutenção, desenvolvimento ou restauração à integridade do indivíduo³⁻⁴.

OBJETIVO

Analisar o conhecimento dos ACS em relação às atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta do NASF de Parnaíba-Piauí e avaliar a atuação deste na visão dos ACS.

RELEVÂNCIA

A pesquisa torna-se relevante devido à escassez na literatura de estudos que evidenciem a implantação do NASF e a atuação da fisioterapia pelo ponto de vista dos principais articuladores na sua implantação, os ACS. Principalmente, porque o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária ainda é um processo em construção, uma vez que este profissional é amplamente conhecido por sua desenvoltura na atenção secundária e terciária. Está-se diante de uma situação nova, portanto, digna de se investigar. Com isso, espera-se instigar as discussões sobre esse assunto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os participantes foram orientados sobre os procedimentos da pesquisa, sendo adotado como critério de inclusão ser lotado em UBS vinculada ao NASF – 1. Em seguida, os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informados sobre a confidencialidade do estudo e sigilo de suas respostas, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 sobre pesquisas com seres humanos e princípios éticos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, sob parecer 0296.0.045.000-11.

A pesquisa de caráter descritivo e abordagem quantitativa realizada com as 10 equipes da ESF vinculadas ao NASF-01, de Parnaíba – PI, escolhido pela facilidade de acesso à área geográfica, maior número de ESF vinculadas e por ser a

Os ACS, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, devem residir nas suas respectivas áreas de atuação, apresentando-se como principal mediador entre a população e a equipe de saúde.

segunda maior em população adscrita. O universo da pesquisa foi de n= 83 (100%) ACS, sendo que destes, n=65 (78,3%) participaram da amostra por se adequarem aos critérios de inclusão adotados pelo estudo.

A cidade de Parnaíba, de acordo com o último censo do IBGE (2010)⁵, apresenta um total de 145.705 habitantes, em uma área de 435, 564 km². O NASF, em sua modalidade 01, foi implantado em agosto de 2009 na cidade. São 04 distritos de NASF com estruturas semelhantes, abrangendo uma população estimada de 125.287 indivíduos, articuladas com 37 ESF. Em todas as equipes do NASF há assistente social, psicólogo, nutricionista e fisioterapeutas, 03 das 04 equipes possuem educador físico e fonoaudiólogos e 02 equipes têm terapeutas ocupacionais.

A coleta de dados aconteceu durante os meses de janeiro a maio de 2012, utilizando-se um questionário composto por duas etapas, a primeira caracterizando o profissional entrevistado e outra investigando o conhecimento dos ACS com relação aos serviços prestados pelo fisioterapeuta do NASF em questão. A aplicação dos questionários aconteceu nas UBS. Em seguida, os dados foram divididos em categorias, agrupados e analisados por meio do programa Microsoft Office Excel – 2007.

RESULTADOS

Após a análise do questionário, caracterizou-se o perfil dos ACS, conforme apresentado na tabela 1, quanto às variáveis: sexo, idade, tempo de serviço, nível de escolaridade, satisfação no trabalho e quem responsabilizam por este nível de satisfação; na tabela 2, é possível observar o conhecimento da amostra a respeito dos serviços realizados pelo fisioterapeuta do NASF 01.

Quando investigado o nível de escolaridade da amostra, constatou-se que a maioria apresenta nível médio. E com relação às questões sobre satisfação pessoal quanto ao trabalho, 58% (n=38) estão satisfeitos e atribuem este contentamento a sua equipe de trabalho (Tabela 1).

Ao analisar o conhecimento dos ACS acerca das indicações para o fisioterapeuta do NASF, foram destacadas as palestras educativas (48%) e as doenças traumato-ortopédicas (46%), aliás, os ACS reconhecerem que este profissional desenvolve bem mais atividades coletivas (62%) do que atendimentos individualizados (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde das 10 equipes da ESF vinculadas ao NASF 1 de Parnaíba – PI, 2013.

VARIÁVEL	Número (n = 65)	%
Sexo		
Masculino	14	22,0
Feminino	51	78,0

Faixa etária		
18 a 30 anos	3	5,0
31 a 40 anos	29	45,0
41 a 50 anos	21	32,0
Acima de 51 anos	12	18,0
Não informado	0	0,0
Tempo de serviço		
Menos de 6 meses	0	0,0
De 6 meses a 1 ano	0	0,0
1 a 3 anos	0	0,0
3 a 5 anos	1	2,0
Mais de 5 anos	64	98,0
Não informou	0	0,0
Satisfação no trabalho		
Bastante insatisfeito	2	3,0
Insatisfeito	5	8,0
Satisfeito	38	58,0
Bastante satisfeito	11	17,0
Pouco satisfeito	8	12,0
Não soube responder	1	2,0
Responsável pelo nível de satisfação		
Gestão (Prefeitura)	11	17,0
Local de trabalho	8	12,0
Sua equipe	42	65,0
Condições de trabalho	10	15,0
População	25	38,0
Salário	7	11,0
Outros	2	3,0

Tabela 2 – Análise do conhecimento dos ACS a respeito dos serviços prestados pelo fisioterapeuta do NASF 1, Parnaíba – PI, 2013.

VARIÁVEL	Número (n = 65)	%
Atividade realizada pelo fisioterapeuta do NASF		
Atendimento na UBS	5	8,0
Atividades educativas	30	46,0
Atendimento domiciliar	28	43,0
Sala de espera	2	3,0
Visita domiciliar	39	60,0
Atividades coletivas	40	62,0
Matriciamento	25	38,0
Outros	1	2,0
Não sabe	10	15,0
Indicações dos serviços de Fisioterapia do NASF		
Doenças neurológicas	12	18,0
Hipertensão/Diabetes	14	22,0
Doenças traumato-ortopédicas	30	46,0
Solicitação de Prótese e Órtese	15	23,0
Doenças reumatológicas	13	20,0
Solicitação de cadeira de rodas	20	31,0
Doenças respiratórias	8	12,0
Palestras educativas	31	48,0
Doenças cardiológicas	2	3,0
Orientações posturais	21	21,0
Outros	0	0,0
Não sabe responder	11	11,0
Como as atividades da Fisioterapia do NASF são realizadas		
Palestras	47	72,0
Dinâmicas	33	51,0
Consultas ambulatoriais	2	3,0
Grupos de saúde	22	34,0
Panfletos/Materiais educativos	8	12,0
Outros	3	5,0

Não tem serviço	1	2,0
Não sabem responder	9	14,0
O fisioterapeuta é acessível?		
Sim	30	46,0
Não	20	31,0
Não sabem	15	23,0
As ações do fisioterapeuta são fáceis de entender		
Sim	12	82,0
Não	14	3,0
Não sabem	30	15,0

DISCUSSÃO

Os ACS são o elo entre as equipes de saúde com a população. Sendo assim, o conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde é relevante para o funcionamento efetivo dos mesmos. E muitas vezes, a função desempenhada por esses profissionais vai além de mediar a comunicação entre a equipe de Saúde e a comunidade. Pois, o ACS é porta-voz da comunidade, cumprindo um papel muito importante para o empoderamento da mesma⁶⁻⁸.

A amostra estudada condiz com os requisitos do Ministério da Saúde definidos para a atuação dos ACS, independente do nível de escolaridade, em que estes deveriam residir há pelo menos dois anos na comunidade onde atuaria; ter idade mínima de dezoito anos; saber ler, escrever e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades. O perfil da maioria da amostra possui ensino médio, tem mais de 45 anos e tempo de serviço de mais de 05 anos, o que acrescenta experiência comunitária e ressalta a baixa rotatividade destes trabalhadores^{2,9-10}.

Como mostram os resultados, uma parcela relevante dos profissionais entrevistados se autodeclarou satisfeita com o seu trabalho atribuindo este contentamento à boa relação com as equipes de saúde. O reconhecimento destes profissionais pela população e pelas equipes de saúde é fundamental para o desenvolvimento eficaz dos serviços de saúde. Os ACS mostram-se como um dos pilares essenciais para a atenção à saúde; representam um importante aliado entre a comunidade e a equipe de saúde, facilitando o acesso da população às consultas, sendo, portanto, de grande valia dentro do sistema. Ao interagirem com os outros trabalhadores da equipe, possibilitam a construção de planos assistenciais em comum que podem proporcionar cuidados mais integrais às pessoas e famílias da comunidade adstrita¹¹⁻¹³. Entretanto, Tomaz¹⁴ discute a sobrecarga das atribuições aos ACS e a “super-heroização” deste profissional apontando o processo de transformação social como um processo lento e papel de todos os cidadãos, responsabilizando, não apenas, os ACS pela eficácia da atenção básica, mas toda a população adstrita.

Em pesquisa para analisar a vulnerabilidade e o sofrimento no trabalho do ACS no PSF, Martines¹⁵ encontrou resultados

que remetem à existência de um território de tensões em seu trabalho cotidiano no PSF, constituído basicamente de quatro tipos de pressões sobrepostas: as implicadas pelo próprio PSF, sob a vertente da integralidade e da responsabilização pela microárea; a dos profissionais da equipe, atravessada pela necessidade de interdisciplinaridade; a da comunidade que interroga, interpela e reivindica seus direitos e a do próprio ACS demonstrando estar entorpecido na onipotência¹⁴⁻¹⁵.

Estudos demonstram que desde a implementação dos ACS tem havido um declínio significativo na mortalidade infantil, um aumento de níveis de imunização, uso racional de medicamentos, avaliação de necessidades e recursos e uma intervenção profissional mais rápida quando necessária, além de promoverem uma (re)organização do sistema de saúde, destacando, assim, a importância deste profissional para a operacionalização da atenção à saúde¹⁶⁻¹⁷.

Quando questionados sobre as atividades da fisioterapia nos NASF, o destaque é dado para as atividades coletivas, mas, como se observa na tabela 2, há uma variedade de competências apontadas pelos ACS como papel dos fisioterapeutas do NASF, assim como as patologias levadas em consideração para a indicação da fisioterapia.

Na visão dos ACS, a fisioterapia no serviço do NASF é apontada pela maioria como importante ou muito importante. O fisioterapeuta é considerado por 89% (n=58) como desenvolvedor de ações de promoção e proteção à saúde, além disso, 57% (n=37) o consideram necessário para a melhoria da qualidade de vida da população através, principalmente, de palestras (38%) e dinâmicas (26%), sendo o profissional de fisioterapia considerado acessível (46%) e suas ações fáceis de entender pela população (82%), como mostra a tabela 2. O NASF, como um todo, é visto pela ESF como um dispositivo potencializador da integralidade do cuidado, como observado por Silva¹⁸, firmando a fisioterapia neste contexto de atenção longitudinal de saúde.

Os fisioterapeutas, assim como os ACS, são profissionais importantes na composição de uma equipe de saúde, uma vez que contribuem para a qualificação das ações de saúde na

Os ACS são o elo entre as equipes de saúde com a população. Sendo assim, o conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde é relevante para o funcionamento efetivo dos mesmos.

comunidade e efetividade de um sistema de saúde universal, integral e equitativo. Nesta pesquisa, os ACS salientam a importância dos serviços de fisioterapia na atenção básica, afastando-a do seu conceito mais primitivo de ciência reabilitadora e trazendo-a para o conceito de promoção de saúde e prevenção, ressaltando também o trabalho do fisioterapeuta dentro da equipe multiprofissional de saúde¹⁹⁻²¹.

A resolução COFFITO-80 define como competências e habilidades gerais da fisioterapia desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo e, no trabalho em equipe multiprofissional, estar apto a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade²².

A fisioterapia foi inserida na atenção básica recentemente, compondo as equipes multiprofissionais dos NASF. Por esses motivos, o objeto de atuação nos níveis de prevenção e de promoção ainda não é um consenso, uma vez que o surgimento da profissão se deu exclusivamente com caráter reabilitador, voltado ao tratamento de sequelas, próprias da atenção terciária. Neste novo campo de atuação, a formação do fisioterapeuta deve deixar de ter predominância curativista e reabilitadora para também ser voltada para as ações coletivas, proporcionando-lhe prática e conhecimento sobre as questões sociais e de políticas públicas de saúde²³.

Em decorrência de características do trabalho da fisioterapia na atenção primária à saúde (APS), várias pesquisas salientam que a profissão teve que agregar novos valores a sua prática e destacou como características dessa atuação as intervenções em domicílios (atividade imprescindível no trabalho na APS, pois é nesta situação que se depara com a realidade das pessoas), escolas, salões das UBS, igrejas, praças; o atendimento não é exclusivamente individualizado, incorporando-se a este o atendimento em grupo (representando uma das estratégias de atender a uma grande demanda e a motivar à continuidade do tratamento); as ações são voltadas para a prevenção e promoção da saúde e a prática profissional é baseada em decisões coletivas, em uma perspectiva interdisciplinar²⁴⁻²⁶.

Os resultados desta pesquisa apontam as atividades coletivas e educativas nas visitas domiciliares como principal função da fisioterapia, corroborando com os achados literários²⁷⁻²⁹. Esse fato já indica uma mudança na práxis do fisioterapeuta que se encontra inserido em uma equipe de NASF. Porém, ao constatar que palestras educativas (48%) e doenças traumato-ortopédicas (46%) são as principais indicações para a fisioterapia, percebe-se que essa mudança não está totalmente consolidada. Apesar disso, 15% (n=10) dos ACS investigados não souberam apontar qual o trabalho desempenhado pelo fisioterapeuta do NASF, o que remete a uma falha na comunicação da equipe ou ainda à falta de

É imperativo que aconteça mais discussões e debates entre as equipes sobre a realidade local da área de atuação, uma troca de informações de forma mais efetiva, um diálogo mais voltado para a real necessidade da comunidade...

envolvimento nas atividades desenvolvidas pelo NASF.

Destaca-se, então, a necessidade de ações de qualificação mais sistemáticas e que os ACS tenham a oportunidade de acompanhar o trabalho de orientação realizado pelo fisioterapeuta, de modo que ele possa desenvolver melhor as habilidades necessárias para reforçar as orientações à comunidade. A participação dos ACS tem se revelado fundamental como forma de ampliar o cuidado, tanto no tocante à detecção precoce de pessoas com necessidade de cuidados quanto à participação no tratamento. Na fisioterapia, evidencia-se a mesma situação, a aceitação e a participação nas atividades de saúde por parte do usuário depende da compreensão do ACS acerca do papel do fisioterapeuta na APS, o que requer uma orientação dos ACS para essa tarefa^{24,30}.

CONCLUSÃO

Verificou-se que há uma interação entre esses profissionais e uma interdependência entre suas atividades, o que fortalece um preceito tão enfatizado nas definições de atenção primária, o trabalho em equipe. É necessário que haja mais atividades em grupo (equipe multidisciplinar) visando uma total integração das atividades desenvolvidas, não só pelos fisioterapeutas mas também de todos os profissionais do NASF. É imperativo que aconteça mais discussões e debates entre as equipes sobre a realidade local da área de atuação, uma troca de informações de forma mais efetiva, um diálogo mais voltado para a real necessidade da comunidade e maior poder de voz ao ACS, visto que este conhece, de fato, a comunidade a fundo, no intuito de agregar valores de conhecimento dos ACS e dos outros profissionais que compõem a equipe.

No presente estudo, optou-se por uma abordagem quantitativa (e descritiva), o que limitou a discussão, por não explorar os aspectos qualitativos como percepções, sentidos e significados da interação entre ACS e fisioterapeutas, deixando margem para próximas pesquisas. Além disso,

observou-se a necessidade de expandir a amostra, buscando conhecer a realidade de outras equipes de NASF.

Por ser assunto relevante para a viabilização da atenção primária à saúde e efetivação dos princípios do SUS, são essenciais mais estudos que apontem maneiras de fortalecer o elo entre ACS e equipes de saúde da família, nestas inclusos os profissionais do NASF.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012. 110 p.
2. Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. O SUS Cria Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União 2008; 04 mar.
4. Silva DJ, Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1673-81.
6. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):259-68.
7. Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface - Comunic, Saude, Educ* 2002; 6(10):75-94.
8. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(6):1304-13.
9. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):231-40.
10. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Suppl 1):1023-8.
11. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Suppl 1):873-80.
12. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Suppl 1):1509-20.
13. Sakata KN, Mishima SM. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):665-72.
14. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface - Comunic, Saude, Educ* fev 2002; 6(10):75-94.
15. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3):426-33.
16. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saude Publica* 2009; 25(4):898-906.
17. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7(5):293-301.
18. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(11):2076-84.
19. Baraúna MA, Testa CEA, Guimarães EA, Boaventura CM, Dias AL, Strini PJSA, *et al.* A importância da inclusão do fisioterapeuta no programa saúde da família. *Rev Fisioter Bras* 2008; 9(1):64-9.
20. Trelha CS, Silva DW, Lida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no programa saúde da família em Londrina (PR). *Rev Espaço Saude* 2007; 8(2):20-5.
21. Vêras MMS, Pinto VPT, Oliveira EM, Quinderé PHD. O fisioterapeuta na estratégia saúde da família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. *Sanare* 2004; 5(1):169-73.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução COFFITO nº 80. Baixa Atos Complementares a resolução COFFITO nº08 relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta. Diário Oficial da União 1987; 21 mai.
23. Costa MS, Branco CERC, Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Moreira AKF, Filgueiras MC. Perfil e atuação fisioterapêutica nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) em Parnaíba – Piauí. *Science in Health* 2013; 4(3):129-37.
24. Ribeiro KSQS, Neto MJA, Arangio MG, Nascimento PBS, Martins TNT. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica. *Revista APS* 2007; 10(2):156-68.
25. Rezende M, Moreira MR, Filho AA, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da ‘Saúde da Família’: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Cien Saude Colet* 2009; 14(suppl):1403-10.
26. Lisboa MVF. Ações e Práticas de Saúde Desenvolvidas pelos Profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Município de Pedra [monografia]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

27. Yonamine CY, Trelha CS. O modo de fazer saúde: a Fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família em uma unidade básica. Rev Espaço Saúde 2009; 11(1):17-27.

28. Pereira FWA, Manguiera JO, Monteiro MPA, Vêras MMS, Lima VCS, Barrocas TCP, *et al.* A inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. Sanare 2004; 5(1):93-100.

29. 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.

30. Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. Cien Saude Colet 2010; 15(4):2155-64.