

ASSOCIAÇÃO VITORIENSE DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA
FACULDADE ESCRITOR OSMAN DA COSTA LINS - FACOL
COORDENAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

IANA KARLA DA SILVA RAMOS

**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF): REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE
2017

IANA KARLA DA SILVA RAMOS

O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF): REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Artigo científico apresentado à Coordenação de Fisioterapia da Faculdade Escrivor Osman da Costa Lins - FACOL, como critério para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Vanessa Pimentel Santos

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE
2017

EPÍGRAFE

Sentir falta é diferente de sentir saudade. A saudade é a certeza que a pessoa vai voltar. A falta é o querer ter de volta, mas saber que não vai ter. –

Sócrates

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Agradeço a minha família pelo amor incentivo e apoio emocional, ao meu pai Israel Crispim Ramos, minha mãe Maria Pereira da Silva, meus filhos Iara Danielle e Lucas Israel e ao meu esposo Pierry Pablo. E por fim a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação o meu muito obrigado.

RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiu em 2008 com a visão de ampliar as ações de Atenção Básica de Saúde. Neste período, passou a existir uma equipe multidisciplinar formada por 07 categorias profissionais. A fisioterapia é uma das profissões complementares no novo modelo de assistência implantado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esse trabalho tem o objetivo de descrever o papel do fisioterapeuta no NASF, profissional que demonstrado de forma crescente sua atuação diante da população, proporcionando ao indivíduo, a família e a sociedade, conhecimentos sobre o autocuidado, apresentando habilidades que visa à prevenção e promoção de saúde. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa realizada a pesquisa, realizada por meio de busca de material sobre o tema a ser abordado, os critérios de inclusão foram em manuais, livros, revistas, monografias, teses de doutorado, artigos e os critérios de exclusão sites e artigos de revisão e nas bases de dados eletrônicos como SCIELO, PEDro, LILACS, Medline/PUBMED e os operadores booleanos foram and e or. Com base na revisão realizada concluímos que o fisioterapeuta não faz apenas a reabilitação física do paciente, como também realiza a promoção à saúde, prevenção e recuperação de doenças e promove orientações. Com o presente estudo podemos concluir qual é o papel do fisioterapeuta no NASF e melhorando a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: SUS; NASF; Fisioterapia; Prevenção em saúde; Promoção de saúde.

ABSTRACT

The Family Health Support Center (NASF) was created in 2008 with the vision of expanding the actions of Primary Health Care. During this period, a multidisciplinary team formed by 07 professional categories began to exist. Physiotherapy is one of the complementary professions in the new assistance model implemented by the Unified Health System (SUS). This paper aims to describe the role of the physiotherapist in the NASF, a professional who has demonstrated an increasing role in the population, providing the individual, family and society with knowledge about self-care, presenting skills that aim to prevent and promote Cheers. It is a review of the narrative literature conducted in the research, carried out by means of searching for material on the topic to be addressed, inclusion criteria were in manuals, books, journals, monographs, doctoral theses, articles and the criteria of exclusion sites and review articles and in electronic databases such as SCIELO, PEdro, LILACS, Medline / PUBMED and Boolean operators were and and or. Based on the review we conclude that the physiotherapist not only does the physical rehabilitation of the patient, but also carries out health promotion, prevention and recovery of diseases and promotes guidelines. With the present study we can conclude what the physiotherapist's role is in the NASF and improving the quality of life of the population.

Keywords: SUS; NASF; Physiotherapy; Preventive health; Health promotion.

LISTA DE SIGLAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
MÉTODO.....	12
RESULTADOS.....	13
Atividades no NASF.....	13
Papel do fisioterapeuta na equipe do NASF.....	13
DISCUSSÃO.....	15
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS	18
ANEXO A NORMAS DA REVISTA.....	20

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em janeiro de 2008 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar as ações na atenção básica, visando um maior suporte, integralidade, e resolubilidade ao sistema único de saúde. O NASF está formado por duas categorias, NASF 1 e NASF 2, sendo separado quanto ao número de equipes a que está envolvido, e ao número de profissionais que a constituem (RIBEIRO *et al.*, 2014).

O NASF 1 é formado por no mínimo cinco profissionais em saúde, todos necessariamente com o nível superior, vale destacar que o NASF 1 está vinculado de oito a vinte equipes saúde da família: farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico, médico pediatra, médico ginecologista e médico psiquiatra (BRASIL, 2012).

No entanto o NASF 2, sua ligação é de três a cinco equipes saúde da família, e com profissionais de nível superior, no qual exercem ocupações diferentes: fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e educador físico (BRASIL, 2012).

Sabendo que os profissionais do NASF podem realizar tarefas de ação coletiva ou individual, na unidade de saúde ou em domicílio, praticando tarefas com jogos populares, brincadeiras, danças e esportes, visando à inclusão da família, sujeito e comunidade (CORREIA, 2007).

A História do PSF começou quando o ministério da saúde cria o programa de agentes comunitários (PACS), no ano de 1991, tendo início posteriormente em 1994 com programa saúde da família, sendo que a portaria 648\ 06 nomeou estratégia saúde da família, apresentando uma concepção amplificada, inspirado nas experiências alcançadas na área de saúde pública por países como; Inglaterra, Canadá e Cuba, que indicaram os primeiros passos no início dos anos 80. Como iniciador das alterações nos serviços primários de saúde, o programa é um marco grande na área de saúde, usado como ferramenta para atender ao disposto na constituição federal de 1988 (SANTOS *et al.*, 2009).

O programa saúde da família é realizado mediante as características e problemas de cada área, visando no atendimento objetivo para o indivíduo e família dentro da situação da comunidade, e é estabelecido como ligação central, a criação de laços de comprometimento e compromisso dos profissionais mediante a saúde e a população (BORGES *et al.*, 2010).

A proposta do programa saúde da família é a reorientação do modelo assistencial, através da colocação de equipes de profissionais nas unidades de saúde, trabalhando com ações na promoção à saúde, recuperação e prevenções de doenças, tanto com adultos quanto a crianças, sadios ou doentes, de forma global ou contínua com fortalecimento de funções inter setoriais, de incentivo a participação da comunidade, do trabalho em equipe, com foco interdisciplinar (BORGES *et al.*,2010).

A equipe de profissionais é formada por trabalhadores de diferentes classes que atuam juntamente com a ESF, no que se refere ao caderno de atenção básica, que foi organizada pelo ministério da saúde, o NASF é composto por nove regiões de atuação sendo assim: saúde mental, saúde da criança e do jovem e do adolescente, reabilitação saúde global do idoso, saúde da mulher, nutrição e alimentação, serviço social, farmacêutica, atividade física e práticas corporais, práticas complementares e integrativas (BRASIL, 2009).

Os objetivos do NASF são: avaliar em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, a serem praticadas em cada uma das áreas cobertas, verificar juntamente com as ESF e a comunidade, o público preferencial a cada uma das ações; agir, de forma completa e organizada, nas atividades praticadas pelas ESF e de contato domiciliar, quando isto existir, acompanhando e atendendo a ocorrências, de acordo com os critérios primeiramente definido, auxiliar os usuários e humanizar a atenção (BRASIL, 2009).

Fortalecer de forma coletiva, querendo à intersetorialidade, ações que se incluam outras políticas sociais como: educação, cultura, esporte, trabalho, lazer, envolver uma gestão integrada e a atuação dos usuários nas decisões, por meio de organização comunicativa com os conselhos locais e/ou municipais de saúde realizar estratégias de comunicação para publicação e sensibilização das atividades dos NASF através de cartazes, jornais, panfletos, informativos, faixas e outros veículos de informação (BRASIL, 2009). Observar, com as ESF e os conselhos de saúde, a evolução e a realização das ações e a capacidade de seu impacto sobre o cenário de saúde, por meio de indicadores antes estabelecidos, criar e publicar material educativo e esclarecedor nas áreas de atenção dos NASF; e multiplicar projetos terapêuticos individuais, mediante discussões periódicas que permitam a adaptação coletiva pelas ESF e os NASF (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos, o conceito de saúde vem passando por diversas mudanças, principalmente no que diz respeito ao modelo de saúde adotado, passando de um modelo curativo, hospitalocentrico e reabilitador, para um modelo preventivo, assistencial e principalmente com a participação da população (CHAMMÉ, 1998).

O Sistema Único de Saúde vem mostrando significativos avanços desde sua criação

pela constituição em 1988, resultado de um processo de lutas dirigidas pelo movimento sanitário Brasileiro. A política de saúde vigente no país tem o objetivo de garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, as práticas de saúde buscam estratégias que viabilizem um serviço de saúde universal, integral, eficaz, eficiente, com equidade e participação popular. Uma dessas estratégias é a Saúde da Família (ESF), que é um componente estruturado do sistema de saúde e se baseia no trabalho de equipes multiprofissionais. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde levando para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (REZENDE, 2009; MIRANDA, 2014).

Ao longo dos anos e de inúmeros avanços das políticas públicas algumas portarias e diretrizes foram implantadas para melhoria do acesso aos serviços de saúde, bem como o trabalho de forma multidisciplinar. Neste contexto, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família através da portaria nº 1.065 de 04 de junho de 2005, que traz em seu artigo 7º definições acertadas das modalidades propostas e os profissionais responsáveis: alimentação/nutrição e atividade física (nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais); saúde mental (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social); reabilitação (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social), sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta (BRASIL, 2005).

Para apoiar à inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização, bem como a ampliação das ações das Unidades de Saúde, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Esses núcleos comportam profissionais de diferentes áreas de conhecimento que trabalham em parceria com os profissionais da ESF, atuando diretamente no apoio às equipes na unidade de saúde (AVEIRO, 2011).

Anteriormente, o fisioterapeuta apresentava pouco destaque na atenção primária à saúde, no entanto a formação deste profissional deve objetivar um profissional capaz de atuar na saúde em níveis de prevenção, promoção e recuperação da saúde do ser humano como um todo. É de grande importância as atribuições destes profissionais na atenção primária à saúde (CHAMMÉ, 1998).

Portanto o objetivo desse estudo foi avaliar o papel do fisioterapeuta no NASF os aspectos da importância do papel fisioterapeuta no núcleo de apoio à saúde da família.

MÉTODOS

Como método de pesquisa foi utilizado revisão da literatura narrativa, por se tratar de fontes secundárias, por meio de busca de material sobre o tema a ser abordado, os critérios de inclusão foram manuais, livros, revistas, monografias, teses de doutorado, artigos e os critérios de exclusão sites e artigos de revisão e os operadores booleanos and e or e nas bases de dados eletrônicos como SCIELO, PEDro, LILACS, Medline/PUBMED e revistas científicas, no período de fevereiro a outubro de 2017. As palavras chave: SUS, NASF, fisioterapia, prevenção em saúde e promoção de saúde. Foram selecionados 20 artigos, dos quais 5 fugiram do tema, dentre estes 15 foram utilizados para o desenvolvimento deste trabalho.

RESULTADOS

O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO NASF

O papel do fisioterapeuta se torna fundamental diante da necessidade do atendimento, seja no consultório, na unidade de saúde, ou em domicílio e na assistência dos casos que necessitam de atendimento individualizado. O fisioterapeuta é apto para avaliar as condutas de prevenção e decidir os procedimentos fisioterapêuticos fundamentais para cada indivíduo, diante das situações de agravo e condições de saúde, de modo que evite instalações de sequelas, e reduza as deficiências criando as funções independentes das incapacidades adquiridas (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

O fisioterapeuta, na condição de componente do NASF, apresenta um trabalho ampliado, por meio de ações em realização para análise das necessidades e organização das necessidades, mudança do foco de tratamento, busca de parcerias e ações diante dos problemas de saúde e combate destes, encaminhamento para clínicas de referências para tratamento especializado não disponível na unidade de saúde, práticas atividade física, e colaboração para a criação e implantação de políticas públicas que oferece à melhoria das condições de vida na elaboração de espaços urbanos e rural (AVEIRO *et al.*, 2011).

ATIVIDADES NO NASF

As dinâmicas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, orientando o paciente em relação às posturas, exercícios terapêuticos favorecendo a mobilidade funcional, práticas de ressocialização e em relação a paciente com alguma deficiência, encaminhamentos para serviços especializados, orientações sobre o cuidado com o bebê para as gestantes, com aos idosos executando trabalhos de cinesioterapia, no cuidado muscular, reações de equilíbrio, coordenação e proteção, apoiando os grupos de forma específicos como cardiopatas, diabéticos e hipertensos, desenvolver atividades com as crianças na promoção de saúde funcional e identificar possíveis distúrbios posturais ou estruturais (COFFITO, 2016).

O fisioterapeuta é hoje um profissional que está preparado para intervir em todos os níveis de atenção à saúde tendo habilidades que visam à promoção e prevenção da saúde com diversos grupos, sendo crianças, mulheres, homens, gestantes, idosos; passando orientações e motivando a participação da comunidade em geral (BAENA; SOARES, 2012).

O profissional fisioterapeuta atua juntamente com uma equipe multiprofissional e com uso de um tratamento interdisciplinar podendo realizar uma assistência de forma integral e contínua. Quando todos os membros da equipe compreendem o papel um do outro, a integração da equipe permite a oportunidade de troca de informações sobre os usuários-pacientes aprimorando a conduta para as necessidades das famílias assistidas (CARVALHO; CACCIA, 2011).

Lembrando que a intervenção da fisioterapia ocasiona um tratamento adequado devido ao estímulo motor, que é favorável na prevenção de afecções cardíacas, pulmonares e musculares, acima de tudo contribui no centro emocional, que por sua vez uma melhora nas ligações coletivas (SOUZA *et al.*, 2014).

No que diz respeito ao tratamento fisioterapêutico focada ao ganho de mobilização para os pacientes com HIV, propicia uma melhor acomodação física, que por sua vez tem um resultado bom na qualidade de vida. Além disto, apresenta uma redução dos sintomas, melhora na independência, tornando-se um tratamento eficaz (SOUZA *et al.*, 2014).

DISCUSSÃO

O Núcleo de Apoio à saúde da Família dentro de seu modo de trabalho tem como objetivo de capacitar e dar apoio às atividades elaboradas pelas equipes de saúde da família, atuando de tal forma que colabore para atenção primária, entretanto um dos principais desafios da equipe que constitui o NASF é a formação de uma nova visão de trabalho (SOUZA *et al.*, 2013).

Sabe-se então que os profissionais irão passar por grandes dificuldades no desenvolvimento do seu papel na atenção básica e nas ações de prevenção e promoção a saúde. A grande demanda por assistência em reabilitação define-se como elemento negativo para o exercício em outros níveis. A dificuldade de acesso a outros níveis de assistência acontece também nos serviços de fisioterapia, ocasionando uma grande quantidade de pessoas com problemas na saúde físico-funcional, o que cada vez mais agrava a saúde motora (BISPO JUNIOR, 2010).

Uma grande dificuldade para os fisioterapeutas do NASF é em relação aos recursos físicos e materiais, essa deficiência se encontra apresentado em outros estudos que foram feitos no setor da saúde, inclusive nas ESF's que também relata os mesmos problemas de infraestrutura básica e como resultado impede a realização do trabalho dos profissionais (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Desenvolver ações voltadas para saúde da população não é uma tarefa muito fácil, contudo necessária, vindo do princípio que saúde é garantia constitucional e é um dever do poder público proporcionar a população serviços de saúde de uma forma integral, sabendo que isto significa no Brasil uma das estruturas do sistema único de saúde, porém sua gestão está ligada junto à participação da comunidade e perante controle social (BIANA *et al.*, 2014).

É claro a realidade precedente que atinge o sistema político de saúde no Brasil, porém, é preciso que se conclua a proposta do NASF que vem com uma diretriz de recebimento da comunidade, é reorganização da assistência à saúde, no entanto há um reconhecimento de financiamento falho e carência de política para de pessoal (BIANA *et al.*, 2014).

Para que o NASF possa colocar em prática seus objetivos, é necessário o aumento da capacidade de compartilhamento do cuidado com o usuário junto com a equipe saúde da família, planejando também a construção de espaços comunitários que proporcionem discussões que ofereça o aprendizado coletivo (SOUZA *et al.*, 2013).

O NASF não trabalha de forma separada, suas ações são ligadas com as redes de serviços em saúde e um dos grandes objetivos da equipe multiprofissional do NASF, é que se tenha vínculo com a comunidade, o que simplifica o desenvolvimento de trabalho e o convívio normalmente com a população (BIANA *et al.*, 2014). O fisioterapeuta no NASF auxilia de forma resolutiva na saúde funcional da comunidade por meio de atividades preventivas, promocionais e educativas que inclui hábitos de vida saudáveis, objetivando a prevenção e instalação de algumas doenças e diminuindo a índice de morbidade, diminuindo os números de leitos e custos dispensados com a finalidade de tratamento da população (MENDONÇA, HAMASAKI, RODRIGUES, 2015).

O papel do fisioterapeuta é atender os pacientes que precisam de reabilitação, orientar e acompanhar de acordo com a dificuldade específica de cada. Além de realizar visitas domiciliares com o objetivo de ensinar o paciente e todas as pessoas envolvidas no seu cuidado em relação à aceitação de medidas responsáveis pelo avanço do desempenho funcional do mesmo e como conclusão, autonomia (MENDONÇA, HAMASAKI, RODRIGUES, 2015).

O fisioterapeuta tem papel importante na Atenção Básica, assegurando à competência diante dos problemas da comunidade acompanhada, através da admissão de condutas focada a prevenção de doenças e promoção de saúde. Com atenção voltada para o indivíduo, família e comunidade, apresentando uma educação e orientação que contribua para melhorar a qualidade de vida da população (MENDONÇA, HAMASAKI, RODRIGUES, 2015).

CONCLUSÃO

O fisioterapeuta tende a contribuir sem dúvidas para o fortalecimento do NASF, como um profissional que contribui no processo voltado para a reabilitação funcional. Entretanto, o grande desafio para seu progresso e reconhecimento nas práticas de saúde coletiva se fortalece não nas suas técnicas e habilidades específicas, mas sim em políticas públicas que proporcionam maior reconhecimento de suas atribuições. Porém, é importante que haja a implantação de programas e políticas com maior inclusão dos profissionais, com práticas de assistência focadas na qualidade, ética e solidariedade. Entretanto, ainda é bastante escasso o número de fisioterapeuta no NASF, é preciso aceitar que sua habilidade profissional se amplie também à saúde e proteção específica, promoção em saúde, prevenção a doenças, visitas domiciliares, realização de palestra, orientações, identificado possíveis distúrbios corporais, encaminhado para o tratamento especializado, no meio de outros benefícios, que são de grande importância para uma melhor qualidade de vida do paciente e da sua família. Assim, é importante reforçar discussões que orientem a temática aqui proposta, a fim de certificar a atuação do fisioterapeuta no NASF, o que exige das políticas públicas melhores direcionamentos relacionados em relação a sua atuação a nível nacional. O fisioterapeuta visa as grandes dificuldades enfrentadas conforme a assistência no NASF, como também destaca a sua considerável contribuição para uma melhor organização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AVEIRO, M. C.; ACIOLE, G. G.; DRIUSSO, P.; OISHI, J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1467-1478, 2011.

BIANA, V L.; TEIXEIRA, G. M.; SILVA, C.V. L.; BISPO, E. P. F.; SILVA, M. V. Atuação do fisioterapeuta na saúde da família: desafios e conquistas. **J Health Sci Inst.**, v. 32, n. 2, p. 211-18, 2014.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. (supl. 1), p. 1627-1636, 2010.

BORGES, A. M. P. *et al.* A Contribuição do Fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura. **UNICiências**, Cuiabá, v. 14, n. 1, p. 69-82. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleos de Saúde Integral (versão 14). Brasília: MS; 2005.

BRASIL, A.C.O. et al. O papel do Fisioterapeuta do Programa da Família do município de Sobral – Ceará. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde (UNIFOR)**, v. 18, n. 1, p. 3-6, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coleção para entender a gestão do SUS/2011**. Disponível em <dab.saude.gov.br/conass_progestores.php> v.1, p. 22-28. Acessado em: 01. mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS); **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF)**. Brasília: Departamento de Atenção Básica. 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 20 set. 2017.

CARVALHO, S. T. R. F.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Fisioter. Mov.**, v. 24, n. 4, p. 655-64, 2011.

GONÇALVES, M. S. D. G. A inserção do fisioterapeuta nas equipes de saúde da família. Monografia de Conclusão de Curso. Faculdade São Francisco de Barreiras. Barreiras, 2015.

COFFITO- Disponível em <http://www.coffito.gov.br/uploads>> 2016/08. Acesso em: 22 agosto de 2017.

MENDONÇA, S. M. H. A.; HAMASAKI, M. Y. A.; RODRIGUES, T. T. S. Atualizações Sobre o Papel da Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: Revisão de Literatura. **Atas de Ciências da Saúde**, v. 3, n. 4, 2015.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev. Bras. Hipertens.*, 9: 293-300, 2014.

REZENDE, M.; MOREIRA, M. R.; AMÂNCIO, F. A.; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1403-1410, 2009.

OLIVEIRA, D. L. C.; GORETTI, L. C.; PEREIRA, L. S. M. O desempenho de idoso institucionalizado com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Rev. bras. fisioter.**, v. 10, n. 1, p. 91-96, 2006.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; ARAÚJO NETO, M. J.; ARANGIO, M. G.; NASCIMENTO, P. B. S. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica. **Rev APS**, v. 10, n.2, p. 123-48, 2014.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 1, p. 603-613, 2009.

SILVA, A. T. C. *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SOUZA, C. M.; BOMFIM, S. A.; SOUZA, N. J.; FRANCO, B. T. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 176-184, 2013.

SOUZA, M. C.; BONFIM, A. S.; SOUZA, J. N.; FRANCO, T. B. Fisioterapia e Núcleo de apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 176-184, 2014.

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA

Salutem - Revista Científica de Saúde FACOL

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

O trabalho a ser considerado para publicação deve obedecer às seguintes regras: Deve ser redigido utilizando editor de texto Microsoft Word™ (extensão de arquivo .doc), em português ou inglês, fonte Arial ou Times New Roman tamanho 12pt de cor preta, espaçamento 1,5 com margens laterais de 3 cm e margens superior e inferior com 2,5 cm.

Os manuscritos poderão ser submetidos dentro das categoriais de comunicação científica designadas abaixo:

1. Artigos Originais: trabalhos nos quais são informados os resultados obtidos em pesquisas de natureza experimental, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. O texto não deverá exceder 20 páginas;
2. Artigos de Revisão: Trabalhos com avaliações críticas e sistematizadas da literatura sobre um determinado assunto que deverá dar ao leitor uma cobertura geral acerca do tema apresentado. O texto não deverá exceder 20 páginas;
3. Artigo de atualização: trabalhos descritivos e interpretativos com base em literatura recente sobre o estado atual de determinado assunto. O texto não deverá exceder 20 páginas;
4. Relato de Caso: trabalhos com descrição detalhada e análise crítica de casos clínico-laboratoriais atípicos que, pela sua raridade na literatura ou apresentação não usual, merecem uma divulgação e discussão científica. O texto não deverá exceder 20 páginas.

Os manuscritos a serem submetidos independente da categoria de comunicação, devem apresentar como base os seguintes tópicos:

1. Título: Deve dar uma ideia precisa do conteúdo e ser o mais curto possível. Estes deverão estar escritos em caixa baixa, negritados e centralizados;
2. Nomes dos autores: Os nomes dos autores devem vir abaixo do título, também centralizados, com uma linha de espaço em relação ao título. O nome completo dos autores deve aparecer na ordem correta de autoria, sem inversões. No caso de vários autores, seus nomes deverão ser separados por vírgulas;
3. Filiação dos autores: Após o nome de cada autor deverá constar um número Arábico sobrescrito (Exemplo: 1), que indica sua instituição de procedência e deverá aparecer logo abaixo da nominata dos autores, também centralizado e com endereços completos, inclusive o CEP da cidade. Deve-se assinalar o nome do autor para correspondência com um asterisco sobrescrito (Exemplo: *), para o qual toda correspondência deverá ser enviada;
4. Resumo/Abstract (separadamente): Todos os trabalhos deverão ter resumos em inglês (Abstract) e português. O Abstract e o Resumo devem conter as mesmas informações e sempre resumir a introdução, o objetivo, a metodologia, os resultados/discussão e conclusões (máximo de 200 palavras);
5. Palavras – chave (logo após o final do Resumo) /Keywords (logo após o final do Abstract): Número máximo de seis e mínimo de três separados por vírgula. As palavras selecionadas não devem estar contidas no título;
6. Introdução: Breve introdução ao tema, incluindo definição dos conceitos gerais, uma pequena revisão sobre a temática na qual o trabalho está inserido, apresentação e contextualização do problema abordado. Deverá estabelecer com clareza o objetivo do trabalho (apresentá-lo no último parágrafo da introdução) e sua relação com outros trabalhos na mesma área;
7. Material e Métodos: A descrição dos materiais e dos métodos usados deverá ser breve, porém suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e a reprodução do trabalho.

Processos e técnicas já publicados, a menos que tenham sido extensamente modificados, deverão ser referenciados por citação. Figuras, gráficos, tabelas e quadro podem ser inseridos;

8. Resultados e Discussão: Apresentar os resultados obtidos no respectivo trabalho e discutir em relação ao conhecimento previamente disponível. Figuras, gráficos, tabelas e quadro podem ser inseridos;

9. Considerações Finais: Indicar de forma corrida, sucinta e objetiva as principais conclusões obtidas no trabalho;

10. Agradecimentos: Este item é opcional e deverá vir antes das Referências Bibliográficas;

11. Referências Bibliográficas: O número recomendado é de no máximo 30 referências, exceto para estudos de revisão da literatura. No texto, será usado o sistema autor-ano para citações bibliográficas, utilizando-se ampersand (&) no caso de 2 autores. A formatação das referências deve ser padronizada em conformidade rigorosa com as orientações da última edição da ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.

As figuras, gráficos, tabelas e quadros inseridos no manuscrito deverão também estar inseridos no texto, juntamente com suas legendas e títulos. Em caso de tabelas, figuras e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor ou editores no momento da submissão. As tabelas devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. Devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e apresentadas no final do texto. Não se recomendam tabelas pequenas que possam ser descritas no texto. Alguns resultados simples são mais bem apresentados em uma frase e não em uma tabela;

As Figuras devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos na ordem em que aparecem no texto. O título e a(s) legenda(s) devem tornar as tabelas e figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as legendas devem ser digitadas em espaço duplo, e todos os símbolos e abreviações devem ser explicados.

Coloque as figuras em formato .TIFF ou .jpg com no mínimo 300 dpi de resolução. Figuras de baixa qualidade não serão publicadas.