

Artigo original**Intervenção da fisioterapia na comunidade de Araçás - Vila Velha/ES: uma proposta de atuação junto ao Programa Saúde da Família*****Intervention of physical therapy in the community of Araçás - Vila Velha/ES: a proposal of working in the Family Health Program***

Eloísa Paschoal Rizzo, Ft. M.Sc.*, Poliana Cominote**, Vânia Colar**, Henrique Júnior Athadeu Vieira**, Rany Bittencourt Manhães**

.....
**Especialista em Atividade Física, em Saúde da Mulher no Climatério, em Saúde da Mulher, em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais da Saúde, **Acadêmicos de Fisioterapia*

Resumo

O Ministério da Saúde assume, desde a Constituição de 1988, o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito do cidadão e dever do estado. Em 1994 surge o PSF, com a proposta de reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A regulamentação da profissão de fisioterapia prevê a promoção, tratamento e recuperação da saúde sendo importante a inserção desse profissional junto à equipe. O presente estudo tem como objetivo descrever a atuação da fisioterapia na comunidade de Araçás, visando à integração deste profissional no PSF. Trata-se de um estudo descrito observacional de coorte retrospectivo. Foram analisados dados de fichas específicas de 225 pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia na comunidade de Araçás. Utilizou-se a análise estatística descritiva dos dados. Foi observado predomínio do sexo feminino nos três níveis de atenção, elevada incidência de HAS e AVE, elevado número de usuários com idade entre 20 e 49 anos e áreas onde não existe atuação da fisioterapia. Este estudo revela a importância e relevância da atuação do fisioterapeuta no contexto da saúde pública, sobretudo sob a ótica de uma prática voltada à promoção e prevenção da saúde, tendo em vista a integralidade da atenção como propõe o Programa Saúde da Família.

Palavras-chave: prevenção, Programa Saúde da Família, fisioterapia, atenção primária à saúde.

Abstract

Since the Constitution of 1988, the Brazilian Health Department (MS) has been committed to restructuring the assistance model based on the health principles of citizen's rights and States' duty. In 1994, FHP (Family Health Program) was created to redirect the health assistance model by implanting new multiprofessional teams in basic health units. The regulation of physical therapy as a profession intends to promote, to treat and to recover health by engaging this professional on the team. This study aims at describing the role of physical therapy in the community of Araçás and intends to integrate this professional into the FHP. It is a descriptive, observational, retrospective cohort study. Specific file data of 225 patients assisted by the physical therapy service in Araçás were analyzed. A descriptive statistical analysis was used. It was observed that there was a predominance of female patients in the three attention levels; high incidence of SAH and EVA; high number of patients aged between 20 and 49; and places where physical therapy is not performed. This study shows the importance of physiotherapist's performance in public health, particularly as a means of promoting and preventing health, taking into consideration the wholeness of health attention as proposed by the Family Health Program (FHP).

Key-words: prevention, Family Health Program, physical therapy, primary health care.

Recebido em 20 de setembro de 2007; aceito em 15 de janeiro de 2008.

Endereço para correspondência: Eloísa Paschoal Rizzo, Rua Herwan Modenese Wanderley, 55/405 Jardim Camburi 29090-640 Vitória ES, Tel: (27) 3395-4077, E-mail: eloisarizzo@yahoo.com.br

Introdução

Na metade do século XX, houve a necessidade de expansão e melhoramento nos atendimentos oferecidos à população, no sentido de transformar o modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e, principalmente, incluindo a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais de saúde [1].

Em março de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, percebeu-se a necessidade evidente de modificações no setor da saúde, responsabilizando o Estado pela garantia de saúde a todo cidadão brasileiro [2]. Na Constituição de 1988, o Ministério da Saúde assume o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados [3].

O Ministério da Saúde lança, em 1999, um manual para a Organização da Atenção Básica, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social, com o intuito de orientar a estruturação desse nível de atenção. Atenção básica constitui um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação [4].

Com o intuito de melhorar a saúde do cidadão brasileiro, surge, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) ou Estratégia de Saúde da Família, com a proposta de reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade. Desde seu surgimento, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, porém, para ser sustentada, necessita de um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais, no âmbito dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida [5].

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, a equipe conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Recomenda-se que cada equipe assista de 600 a 1000 famílias, que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes (limite máximo) [6].

O PSF, desde o final da década de 1990, destaca-se como a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde do país. Em 2004, o PSF abrangia 80,2% (4.492) dos municípios brasileiros, cobrindo apenas 36,4% (63.655.488) da população [7].

A implementação da portaria do Ministério da Saúde de nº. 1.065, de 4 julho de 2005, que cria e normaliza núcleos de atenção integral na saúde da família tem por finalidade ampliar a integralidade e a resolubilidade na atenção a saúde, tornando possível a inclusão do fisioterapeuta e outros profissionais de saúde nas equipes de PSF nos municípios brasileiros [8].

Várias são as dificuldades de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária a Saúde (APS). Ribeiro [4] e Canesqui & Spinelli [9] descrevem que a formação acadêmica do fisioterapeuta não o prepara e nem o incentiva a atuar nesse nível de atenção. É direcionada para o atendimento em centros de reabilitação e hospitais, num enfoque eminentemente voltado à reabilitação, visto que a formação universitária segue uma tendência especialista e não generalista.

Algumas mudanças se fazem necessárias durante a formação acadêmica, para que os futuros profissionais de fisioterapia possam ser melhor capacitados para atuar no campo da saúde pública, mais especificamente no PSF [8].

O código de ética profissional de fisioterapia, aprovado pela resolução COFITO-10, de 3 de julho de 1978, estabelece no capítulo II, artigo 7º, parágrafo IV, que se refere ao exercício profissional, que o fisioterapeuta deve utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio [10].

Veiga *et al.* [1] descrevem que antigamente a fisioterapia se caracterizava por atividades relacionadas puramente à reabilitação, como tratamento de incapacitados por doenças, traumatismo ou perda de parte do corpo. A fisioterapia atual vem sendo definida como ciência da saúde voltada ao estudo, prevenção e terapêutica dos distúrbios cinético-funcionais dos órgãos e sistemas do corpo humano. O fisioterapeuta e demais profissionais da saúde devem atuar na prevenção de doenças e maus hábitos que possam prejudicar a saúde dos indivíduos. Existindo um vasto campo de atuação em saúde pública para a promoção de saúde e melhora na qualidade de vida da comunidade.

A participação do fisioterapeuta é essencial para que o usuário do SUS entenda que a fisioterapia não possui apenas a função reparadora, mas também contribui de maneira resolutiva à saúde funcional de cada cidadão, através de uma atuação preventiva, a fim de diminuir o número de internações e, conseqüentemente, reduzindo o número de leitos e custos para o tratamento da população [11].

Para que as mudanças ocorram e para que a categoria profissional seja fortalecida, os fisioterapeutas devem participar ativamente da política em saúde [12].

É notória a contribuição do fisioterapeuta na prevenção e promoção de saúde. Inúmeras pesquisas evidenciam esse fato em diversas regiões do país. Veiga *et al.* [1] descrevem que a prevenção e a promoção de saúde devem fazer parte da atuação do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. Como descrito no Código de Ética que regulamenta o exercício da

profissão, no Capítulo I, Das Responsabilidades Fundamentais, Artigo 1º – O Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de saúde.

Ribeiro [4] descreve que o trabalho com grupos tem se mostrado como uma possibilidade de atuação da fisioterapia na atenção básica, sendo uma estratégia de atender a uma demanda que não necessita de atendimento individual. Já o atendimento domiciliar é uma atividade que se mostra imprescindível ao trabalho na atenção primária, pois é neste nível de atenção que nos deparamos com a realidade das pessoas que precisam de atendimento fisioterapêutico e não podem se deslocar ao serviço. Nesse contexto é de suma importância a orientação ao cuidador e aos agentes de saúde, para assegurar a continuidade e dar uma maior intensidade ao tratamento.

A participação da fisioterapia na saúde coletiva constitui uma contribuição imperativa, que pode viabilizar maior resolução junto a outros profissionais e às medidas e características desse novo modelo vigente [13].

Diante do exposto, e dos vários trabalhos desenvolvidos pela fisioterapia na comunidade, percebe-se a importância e a necessidade da atuação fisioterapêutica junto à equipe do PSF, favorecendo dessa maneira a conscientização da população e da comunidade acadêmica sobre a atuação voltada para a promoção da saúde, seja de forma preventiva, curativa e reabilitadora.

O presente estudo tem o objetivo de descrever a atuação da fisioterapia na comunidade de Araçás, visando a integração do fisioterapeuta na equipe do PSF.

Material e métodos

Este estudo encontra-se em consonância com o estabelecido na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e suas complementares e com o código de ética Médica de 1988. As informações foram mantidas confidenciais. Todos os participantes assinaram o termo de responsabilidade de utilização de dado e todos os voluntários assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a pesquisa. Estudo descritivo observacional de coorte retrospectivo, realizado no bairro de Araçás no município de Vila Velha / ES. Estiveram envolvidos na pesquisa 11 acadêmicos do décimo período do Curso de Fisioterapia da Faculdade Novo Milênio, juntamente com a supervisora do estágio.

Foram analisadas as fichas de avaliação fisioterapêutica dos pacientes atendidos nos estágios supervisionados na comunidade de Araçás no período compreendido entre fevereiro a dezembro de 2006

A amostra total foi composta por 238 fichas de avaliações, porém 13 foram excluídas do estudo por falta de dados, totalizando, portanto, 225 avaliações analisadas. Os dados referentes às áreas das equipes do PSF foram coletados através do levantamento dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Estes dados referem-se ao cadastra-

mento das famílias na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Araçás que abrange os seguintes bairros: Araçás, Guaranhus, Jardim Guaranhus, Vila Guaranhus, Nova Itaparica, Darly Santos, e Pontal das Garças.

Os estágios supervisionados na comunidade de Araçás realizam com periodicidade o diagnóstico situacional de sua área de abrangência, a fim de verificar as patologias mais incidentes na região para, então, propor estratégias de atuações específicas. Sendo assim, as atividades realizadas nos estágios incluem: palestras educativas, atendimentos em grupo (climatério, pós-climatério, incontinência urinária, escola de postura, hiperdia, caminhada), oficina de Shantala, atendimentos domiciliares a cuidadores e a pacientes.

Utilizou-se análise estatística descritiva dos dados. Os valores foram expressos em valores absolutos e percentuais.

Resultados

A assistência fisioterapêutica proporcionada à comunidade, através dos estágios supervisionados da Faculdade Novo Milênio, resultou na avaliação de 225 pacientes cadastrados no PSF de Araçás, onde foram realizadas abordagens terapêuticas direcionadas à prevenção primária, secundária e terciária.

Figura 1 - Atuação da fisioterapia na comunidade de Araçás, através dos estágios supervisionados da Faculdade Novo Milênio, de acordo com os níveis de prevenção.



Na prevenção primária foram desenvolvidas 18 palestras educativas junto à equipe do PSF na Unidade Básica de Saúde de Araçás, incentivo à prática de atividade física através de grupos de caminhada (60 participantes) e oficina de Shantala (média de 15 crianças por oficina).

Já na prevenção secundária foram desenvolvidas atividades em grupos direcionadas a pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes cadastrados no programa hipertensão (26 pacientes), mulheres na fase do climatério (21 pacientes), pós-climatério (21 pacientes), incontinência urinária (3 pacientes), escola de postura (38 pacientes) e atendimento ao cuidador (11 cuidadores).

Por fim, na prevenção terciária, foram realizados atendimentos domiciliares a 45 pacientes.

Na Tabela I podemos verificar a caracterização dos núcleos de atenção segundo a idade e sexo. A média \pm DP etária dos pacientes foram: escola de postura $54,7 \pm 12,9$, atendimento domiciliar $69 \pm 14,8$, hipertensão $55,42 \pm 9,4$ e cuidador $62,2$

± 16,2, perfazendo uma média total de 60,57 ± 14,56. Nos demais grupos de núcleos de atenção não foram encontrados os dados referentes à idade. Dos pacientes avaliados, 30 eram do sexo masculino e 195 do feminino, perfazendo um total de 225 pacientes.

Dos 45 pacientes atendidos em domicílio, 19 evoluíram para alta, sendo 22 (48,9%) do sexo masculino e 23 (51,1%) do feminino.

Na Tabela II, podemos visualizar os núcleos de atenção e suas respectivas áreas junto ao PSF. Dos 165 pacientes, 48 (20,10%) pertenciam à área 6; 27 (16,36%) pertenciam à área 7; 40 (24,24%) pertenciam à área 8 e 50 (30,30%) pertenciam à área 30. Vale ressaltar que os 60 participantes pertencentes ao grupo da caminhada foram excluídos desta análise por participarem simultaneamente de outras atividades.

Na Figura 2 podemos observar as patologias mais incidentes nos pacientes assistidos em domicílio pela fisioterapia e na Figura 3, a situação desses pacientes em relação à locomoção.

Figura 2 - Incidência de afecções dos pacientes atendidos em domicílio pela fisioterapia na comunidade de Araçás.

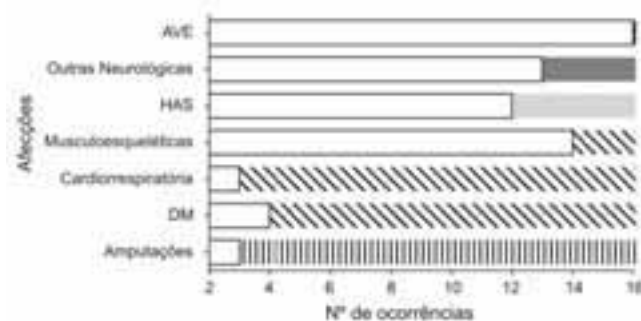


Figura 3 - Situação dos pacientes atendidos em domicílio em relação à locomoção.

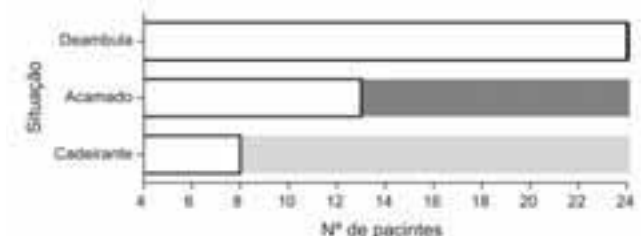


Tabela I - Caracterização dos núcleos segundo a idade e o sexo.

Núcleos de atenção	Nº	Média etária ± EPM	Sexo			
			M		F	
			N	%	N	%
Grupo hiperdia	26	55,42 ± 9,4	3	11,54	23	88,46
Grupo climatério	21	-	-	-	21	100
Grupo pós-climatério	21	-	-	-	21	100
Grupo incontinência urinária	3	-	-	-	3	100
Escola de Postura	38	54,7 ± 12,9	-	-	38	100
Atendimento Domiciliar	45	69 ± 14,8	22	48,90	23	51,1
Cuidador	11	62,2 ± 16,2	2	18,19	9	81,81
Caminhada	60	-	3	5,0	57	95
Total	225	60,57 ± 14,56	30	13,32	195	86,68

Tabela II - Caracterização dos núcleos segundo a área.

Núcleos de atenção	Área 6	Área 7	Área 8	Área 30
Grupo hiperdia	5	9	4	8
Grupo climatério	9	0	4	8
Grupo pós-climatério	1	6	5	9
Grupo incontinência urinária	1	0	0	2
Escola de postura	13	10	7	8
Domiciliar	16	2	16	11
Cuidador	3	0	4	4
Caminhada	-	-	-	-
Total	48 (29,10%)	27 (16,36%)	40 (24,24%)	50 (30,30%)

Tabela III - Patologias de maior incidência.

Áreas do PSF	Nº Diabetes	Nº HAS
06	103	423
07	49	234
08	91	427
30	74	46
Total	317	1130

Constata-se, na Tabela III, que as patologias de maior incidência foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes, encontrando-se maior prevalência dessas patologias nas áreas 6 e 8 do PSF.

Na Tabela IV podemos verificar a caracterização das áreas segundo o número de pessoas, número de famílias e faixa etária, onde 15.195 pessoas são cadastradas no PSF de Araçás, totalizando 4.220 famílias, dessas um número maior de usuários encontra-se na faixa etária compreendida entre 20 a 49 anos.

Discussão

O programa de saúde da família (PSF) desenvolve programas de controle que atendam à demanda da população, através de ações voltadas principalmente para a saúde da criança, do idoso e da mulher, além do controle do diabetes e hipertensão arterial, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde [13].

A proposta de atuação da Fisioterapia na atenção básica tem como objetivo evidenciar uma intervenção mais precoce no processo saúde / doença, podendo ser incluída a reabilitação no terceiro nível de prevenção. A estruturação dos serviços de fisioterapia deve ser organizada de acordo com a demanda e a necessidade local, priorizando ações preventivas, pois existe uma considerável demanda de atendimentos voltados para a reabilitação [4].

Nosso estudo encontra-se de acordo com as propostas descritas na literatura acerca da atuação fisioterapêutica na atenção básica, contemplando os três níveis de prevenção, conforme ilustrado na Figura 1.

A fim de planejar de maneira coerente as ações de prevenção e promoção da saúde, torna-se necessário realizar estudos epidemiológicos que identifiquem os fatores de risco mais incidentes na população [14]. No presente estudo, esse fato é uma realidade, visto que é realizado o diagnóstico situacional periodicamente com o objetivo de verificar as patologias mais incidentes na região.

Verifica-se que a média etária das fichas dos participantes dos núcleos de atenção foi de 60,57 (\pm 14,56). Esse fato pode ter ocorrido, porque as patologias de maior incidência encontradas nos núcleos foram predominantes nas faixas etárias mais avançadas. Observamos ainda notável prevalência do sexo feminino, podendo estar relacionado a um maior interesse das mulheres em relação aos homens, e ao fato dos homens exercerem atividade profissional fora do lar.

De acordo com os dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), 15.195 pessoas são cadastradas no PSF de Araçás, porém apenas 225 pessoas realizam fisioterapia, o que corresponde a 1,48%. Ao analisarmos esses dados, nos deparamos com a discrepância entre o número de pessoas cadastradas por área e aquelas atendidas pela fisioterapia, o que nos mostra a necessidade da ampliação do atendimento fisioterapêutico bem como a inserção do fisioterapeuta junto à equipe do PSF.

Essa proposta de incorporação da fisioterapia no PSF ganha força a partir de 04 de julho de 2005, com a portaria nº 1065/GM, a qual estabelece a criação de núcleos de atenção integral na saúde da família, objetivando a ampliação da integralidade e da resolubilidade da atenção à saúde.

Nos dias atuais, a hipertensão arterial surge como um importante problema de saúde pública, acometendo entre 15 e 20% da população brasileira adulta. Entre a população idosa esta cifra chega a 65%. Entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença. É uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho [15].

Um estudo multicêntrico sobre prevalência de diabetes mellitus no Brasil apontou um índice de 7,6% na população brasileira entre 30 e 69 anos, atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico, e 25% da população diabética não fazem nenhum tratamento [15]. O manejo dos diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento [16].

Sugere-se que o exercício físico apresente benefícios de ordem tanto bioquímica quanto anatômica, tendo como principais efeitos a redução do peso corporal, diminuição da pressão arterial, aumento do colesterol HDL, melhora a capacidade contrátil de artérias e a redução na formação de trombos, demonstrando possível efeito na prevenção de AVE [17].

Segundo Ribeiro [4], o trabalho em grupo surge como uma possibilidade de atuação da Fisioterapia na atenção básica, por adequar-se às necessidades dos usuários e a disponibilidade de profissionais, representando uma estratégia para atender aos usuários que não poderiam ser atendidos individualmente. O trabalho em grupo facilita o tratamento, pois cria um estímulo aos participantes através da troca de

Tabela IV - Caracterização das áreas segundo número de pessoas, número de famílias e faixa etária.

Áreas	Nº Pessoas	Nº Famílias	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 49 anos	50 a 59 anos	Acima 60 anos
06	4.047	1.130	205	263	611	2.124	462	389
07	3.013	825	193	345	629	1.500	196	150
08	4.819	1.326	201	336	848	2.105	531	405
30	3.316	939	147	232	537	1.603	414	290
Total	15.195	4.220	746	1.176	2.625	5.208	1.603	1.234

experiências, representando uma oportunidade de promover a socialização dos participantes.

A população cadastrada no PSF de Araçás apresenta elevada incidência de hipertensão arterial sistêmica (7,43%), o que predispõe ao aparecimento de patologias neurológicas, destacando-se o AVE. Esse fato também pode estar relacionado com a idade e fatores de risco associados.

A prevenção do AVE, atualmente, é um problema de saúde pública e de importância econômica, devido ao grande número de seqüelas e por seu tratamento levar a prolongada hospitalização e alto custo médico [17].

O atendimento domiciliar é uma atividade de fundamental importância para a atenção primária, pois é nesse nível que o fisioterapeuta tem a oportunidade de intervir não apenas na reabilitação física, mas também no contexto e na história de vida dos pacientes, contribuindo desta forma para melhorar a qualidade de vida de pacientes impossibilitados de deslocar-se de seu domicílio.

Ferreira *et al.* [13] afirmam que através da presença do fisioterapeuta na residência do paciente, é possível conhecer de maneira mais fidedigna o cotidiano familiar, os hábitos de vida e as condições de moradia, oferecendo dessa forma uma intervenção que venha ao encontro das necessidades específicas e individuais de cada paciente.

Ressaltamos a importância de oferecer atendimento ao cuidador, pois a tarefa de cuidar promove um considerável desgaste e implica em riscos à saúde geral. Diante disso, torna-se importante oferecer uma especial atenção aos cuidadores para que os mesmos possam ser bem orientados durante as atividades que desempenham diariamente junto ao paciente.

Brasil *et al.* [15] relatam que a atuação do profissional de fisioterapia gera satisfação à população beneficiada que requerem a ampliação do atendimento. Descrevem que mais importante do que recuperar e curar pessoas é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva.

Conclusão

Este estudo revela a importância e relevância da atuação do fisioterapeuta no contexto da saúde pública, sobretudo sob a ótica de uma prática voltada à promoção e prevenção da saúde, tendo em vista a integralidade da atenção como propõe o Programa Saúde da Família.

A assistência fisioterapêutica junto à comunidade permite uma atuação abrangente que transcende a visão curativa, sendo possível atuar de maneira a fazer valer os preciosos princípios do Sistema Único de Saúde, contribuindo assim para a saúde da população brasileira.

Agradecimentos

Agradecemos à Faculdade Novo Milênio (Vila Velha-ES) pelo incentivo e contribuição para a publicação da presente pesquisa.

Referências

1. Veiga AC, Neves CAS, Montagna P, Kanda SS, Valença SS. Atuação do fisioterapeuta na unidade básica de saúde. *Fisioter Bras* 2004;3:246-49.
2. Ministério da Saúde - Relatórios do Conselho Nacional de Saúde - 8ª Conferência Nacional de Saúde/Relatório final - 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
3. Souza RA, Carvalho AM. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estud Psicol (Natal)* 2003;8:515-23.
4. Ribeiro KSQS. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde - Reflexões a partir de uma experiência universitária. *Fisioter Bras* 2002;5:311-318.
5. Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica/Saúde da Família - Brasil 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Silva RVB, Stelet BP, Pinheiro R, Guizardi FL. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R; Mattos RA. Cuidado - as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Lappis; 2005. p. 75-90.
7. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Gomes A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11:633-41.
8. Souza PCS. A fisioterapia e a construção de novos saberes e práticas a partir do programa saúde da família (PSF) [online];2006; [citado 2007 Jul 12]. Disponível em: URL: <http://www.revista-crefiteo2.com.br/artigo1.htm>
9. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos de médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública* 2006;22:1881-92.
10. Figueirôa RM. Legislação da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 2ª Região 1997: 56-62.
11. Ploszaj A. SUS: fisioterapia ou reabilitação? *FisioBrasil* 2002; 6(56):13-13.
12. Tedeschi MA. O fisioterapeuta político. *Fisioter Bras* 2002;3:276-80.
13. Ferreira NF, Leão I, Saqueto BM, Fernandes HM. Intervenção Fisioterapêutica na comunidade: Relato de caso de um paciente com AVE. *Revista Saúde.com* 2005;1:1:35-43.
14. Castro RB, Viana LM. Mecanismos que explicam o efeito da atividade física na prevenção de acidente vascular encefálico. *Fisioter Bras* 2004;5:221-23.
15. Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Gondim Filho VC. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. *RBPS* 2005;18(1):3-6.
16. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22:377-85.
17. Castro RB, Viana LM. Mecanismos que explicam o efeito da atividade física na prevenção de acidente vascular encefálico. *Fisioter Bras* 2004;5:221-23.