

Fisioterapia Brasil 2018;19(4):464-71

ARTIGO ORIGINAL

Perfil de pacientes com acidente vascular cerebral atendidos por um programa de extensão universitário na atenção básica

Profile of patients with stroke treated at a university extension program in primary health care

Paola Vanessa da Luz Gomez, Ft.*, Rodrigo de Souza Balk, D.Sc.***, Antônio Adolfo Mattos de Castro, D.Sc.***, Simone Lara, D.Sc.***, Susane Graup, D.Sc.**

*Fisioterapeuta, **Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA, Campus Uruguaiana/RS

Recebido em 20 de outubro de 2017; aceito em 18 de junho de 2018.

Endereço para correspondência: Rodrigo de Souza Balk, Universidade Federal do Pampa – Unipampa, Campus Uruguaiana, BR 472, km 592, 97508-000 Uruguaiana RS, E-mail: rodrigobalk@unipampa.edu.br; Paola Vanessa da Luz Gomez: paola-doria13@hotmail.com; Antônio Adolfo Mattos de Castro: antonioamcastro05@gmail.com; Simone Lara: simonelara@unipampa.edu.br; Susane Graup: susigraup@gmail.com

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil dos pacientes neurológicos com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) que foram atendidos pela Atenção Básica de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Participaram 44 pacientes com diagnóstico de AVC. As variáveis avaliadas foram: indicadores sociodemográficos; tipo de mobilidade; número de quedas; prática de atividades físicas e vínculo com a atenção básica. Os resultados apontam para prevalência de AVC na população idosa que em sua maioria apresentava elevado índice de quedas e dificuldade de mobilidade. Estes resultados ficam mais evidentes quando apontam para necessidade de um profissional fisioterapeuta vinculado junto à atenção básica e à Estratégia de Saúde da Família (ESF) como demonstrado neste estudo através de questionário. O presente estudo denotou que os distúrbios neurológicos assolam a população conforme o aumento da expectativa de vida, e contar com a atenção primária é fundamental, pois esta prevê a resolutividade das necessidades de saúde e apostando na sua melhor estratégia já elaborada, Estratégia de Saúde da Família, pode-se evoluir no sentido de reafirmar e incorporar os preceitos básicos do SUS.

Palavras-chave: perfil de saúde, atenção básica, acidente vascular encefálico.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the profile of neurological patients with a diagnosis of stroke treated at the Primary Care of a city on the western border of Rio Grande do Sul. Forty-four patients diagnosed with stroke participated in this study. The variables evaluated were: sociodemographic indicators; type of mobility; number of falls; practice of physical activities and attachment to basic care. The results indicate the prevalence of stroke in the elderly population, in which the majority had a high rate of falls and mobility difficulties. These results are more evident when they point to the need of a physiotherapist linked to primary care and to the Family Health Strategy (ESF) as demonstrated in this study through a questionnaire. We observed that neurological disorders affect the population according to the increase in life expectancy, and having primary care is fundamental, since it provides for the resolution of health needs by betting on its best strategy already elaborated, Family Health Strategy, one can evolve to reaffirm and incorporate the basic precepts of SUS.

Key-words: health profile, primary health care, stroke.

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) compreende uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo do encéfalo, causado tanto por obstrução de uma artéria (AVC isquêmico) quanto por sua ruptura (AVC hemorrágico) [1]. É considerado como uma síndrome neurológica

frequente em adultos, e, representa uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo [2].

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade no Brasil, criando um grande impacto econômico e social [3]. Projeções sugerem que, sem intervenção, o número de mortes por AVC chegará a 7,8 milhões em 2030 [4]. Neste contexto, a incidência nacional de AVC é de 108 casos por 100 mil habitantes, com taxa de fatalidade que atingem 30,9% em 12 meses [3]. A incidência de AVC dobra a cada década após os 55 anos, [5] ocupando posição de destaque, principalmente, entre a população idosa.

Cabe ressaltar que os hipertensos apresentam um risco sete vezes maior de desenvolver o AVC [6], enquanto que nos diabéticos a chance em ambos os sexos é duas vezes maior [7]. Sob esse olhar, com a consciência do acréscimo das doenças neurológicas associada aos distúrbios causados pela mesma, vieram o reconhecimento de que os serviços e recursos para esta população eram desproporcionalmente escassos, especialmente em países de baixa renda e em desenvolvimento. Além disso, evidências mostram que os responsáveis pela formulação de políticas e prestadores de cuidados podem não estar preparados para enfrentar o aumento previsto na prevalência de distúrbios neurológicos e suas consequências [8,9].

Com isso, a Organização Mundial da Saúde afirma que a atenção neurológica deve se integrar a atenção primária de saúde, reconhecendo as dificuldades desse setor e apontando uma série de medidas, reivindicando o aumento do compromisso das instâncias decisórias, bem como a sensibilização social e profissional com o intuito de desenvolver programas de reabilitação de base comunitária [10]. Desta forma, a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do Sistema Único de Saúde (SUS) configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais [11]. Desta forma, tendo o AVC uma prevalência maior na população idosa impossibilitando-a de deslocar-se até sua ESF de referência e a falta de um profissional fisioterapeuta inserido nas ESF, o presente estudo pretendeu avaliar o perfil dos pacientes neurológicos com diagnóstico de AVC atendidos pela Atenção Básica e a importância da inserção do fisioterapeuta para o fortalecimento das ações em saúde.

Material e métodos

População e amostra

Este estudo descritivo de corte transversal faz parte das ações realizadas pelo Programa de Extensão: Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PISC), da Universidade Federal do Pampa e foi realizado com indivíduos com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em Estratégias de Saúde da Família em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. O projeto foi analisado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição dos pesquisadores sob número 74924 de 14 de agosto de 2012.

Este estudo foi realizado em seis ESF atendidas pelo PISC. Os 44 pacientes com AVC foram identificados com base nas informações encontradas nestas instituições nos prontuários com diagnóstico clínico classificado de acordo com a CID-10. Após a identificação dos pacientes, foi realizada busca ativa e rastreamento do usuário pelo entrevistador no seu próprio domicílio. Foram incluídos no estudo pacientes que apresentaram diagnóstico de AVC do tipo isquêmico e/ou hemorrágico, ambos os sexos e em população idosa a partir dos 60 anos todos vinculados a alguma ESF. Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentaram patologias associadas que comprometiam a realização do estudo como déficits cognitivos e/ou afasia. Todos os procedimentos contaram com o auxílio de pelo menos um agente comunitário de saúde referência da ESF.

Variáveis e procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados se deu a partir de um questionário construído especificamente para o estudo estruturado em blocos, composto de 41 questões fechadas, contendo informações

relativas a: a) indicadores sociodemográficos; b) tipo de mobilidade ; c) número de quedas; d) prática de atividades físicas e; e) vínculo com a atenção básica.

As coletas de dados foram realizadas nos domicílios dos pacientes nos períodos matutino e vespertino (horários de funcionamento das ESF), e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva, amparada por medidas de média, desvio padrão e frequências.

Resultados

Os valores descritivos das variáveis demográficas estão apresentados na Tabela I, sendo possível identificar que a média de idade da amostra foi de $70,8 \pm 12,3$ anos, sendo 63,7% do sexo feminino e 70,5% da etnia branca.

Tabela I - Valores descritivos das variáveis sociodemográficas dos pacientes das diferentes Estratégias de Saúde da Família.

Variável	Posto A	Posto B	Posto C	Posto D	Posto E	Posto F	Total
Idade	72±11,3	78,5±10,11	69,9±13,4	68,5±9,2	67±15,9	69±13,8	70,8±12,3
Sexo n (%)							
Feminino	7 (70)	2 (66,7)	6 (60)	5 (83,3)	6 (50)	2 (66,7)	28 (63,7)
Masculino	3(30)	1 (33,3)	4 (40)	1 (16,7)	6 (50)	1(33,3)	16 (36,3)
Raça n (%)							
Branco	5 (50)	2(66,7)	7 (70)	5 (83,3)	9 (75)	3 (100)	31 (70,5)
Negro	2(20)	0 (0)	3(30)	0 (0)	3(25)	0 (0)	8 (18,2)
Pardo	3(30)	1(33,3)	0 (0)	1(16,7)	0 (0)	0 (0)	5 (11,3)

Os valores sobre o tipo de mobilidade indicam que 43,2% possuem deambulação independente (Tabela II).

Tabela II - Valores descritivos do tipo de mobilidade dos pacientes.

Variável	Posto A n (%)	Posto B n (%)	Posto C n (%)	Posto D n (%)	Posto E n (%)	Posto F n (%)	Total n (%)
Mobilidade							
Deambulação Independente	3 (30)	0 (0)	8 (80)	0 (0)	7 (58,3)	1 (33,3)	19 (43,2)
Auxílio de familiar ou cuidador	5 (50)	1 (33,3)	1 (10)	4 (66,6)	3 (25)	0 (0)	14 (31,8)
Andador	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)	0 (0)	2 (66,7)	3 (6,8)
Bengala	1 (10)	0 (0)	1 (10)	0 (0)	2 (16,7)	0 (0)	4 (9,1)
Cadeira de rodas	1(10)	2 (66,7)	0 (0)	1 (16,7)	0 (0)	0 (0)	4 (9,1)

Com base nas informações referentes à mobilidade, os pacientes foram questionados sobre o número de quedas no último ano e a maioria relatou já ter caído, conforme mostra a Figura 1.

Quando os entrevistados foram questionados sobre a sua relação com o serviço de saúde, a maioria (59,1%) relata procurar o hospital em caso de doença. Neste contexto, a Figura 2 mostra o tipo de profissional que faz atendimento domiciliar aos pacientes com AVC, sendo possível identificar que a maioria não recebe nenhum tipo de atendimento em sua residência.

Quando questionados sobre qual profissional de saúde gostariam de poder contar junto de sua ESF adstrita, 70,5% acreditam que o fisioterapeuta é necessário (Figura 3). Ainda, quando questionados sobre a prática de atividades físicas, 59,1% dos pacientes indicaram não praticar nenhum tipo de atividade.

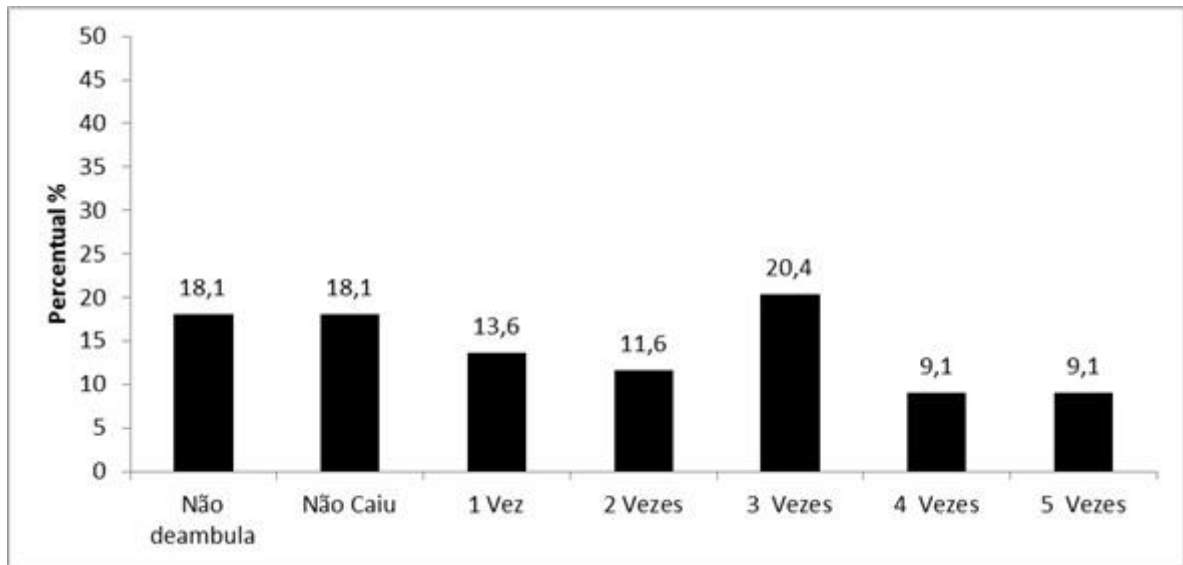


Figura 1 - Frequência de quedas nos últimos doze meses dos pacientes com AVC atendidos nas ESF.

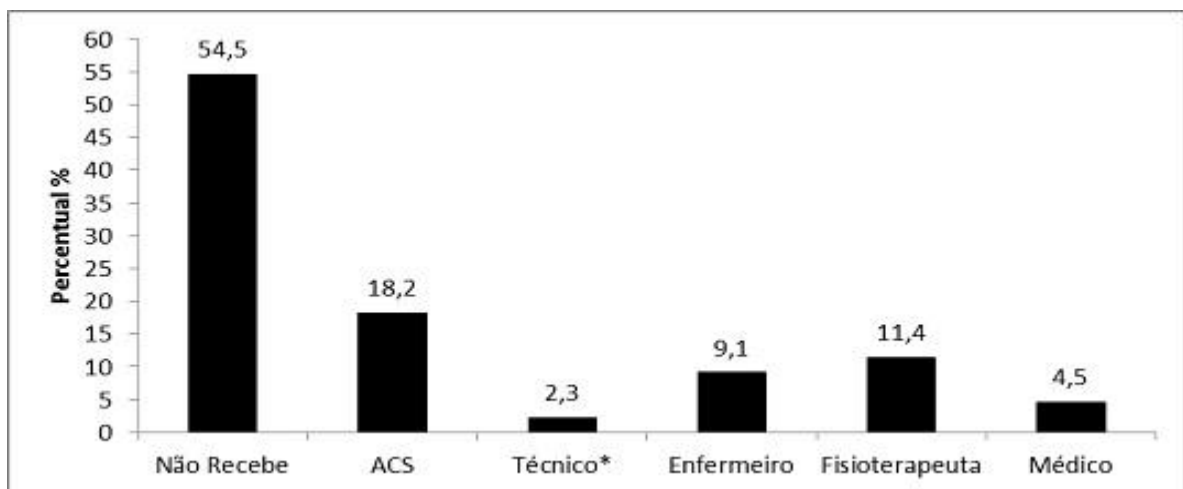


Figura 2 - Frequência de profissionais que fazem atendimento domiciliar aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral.

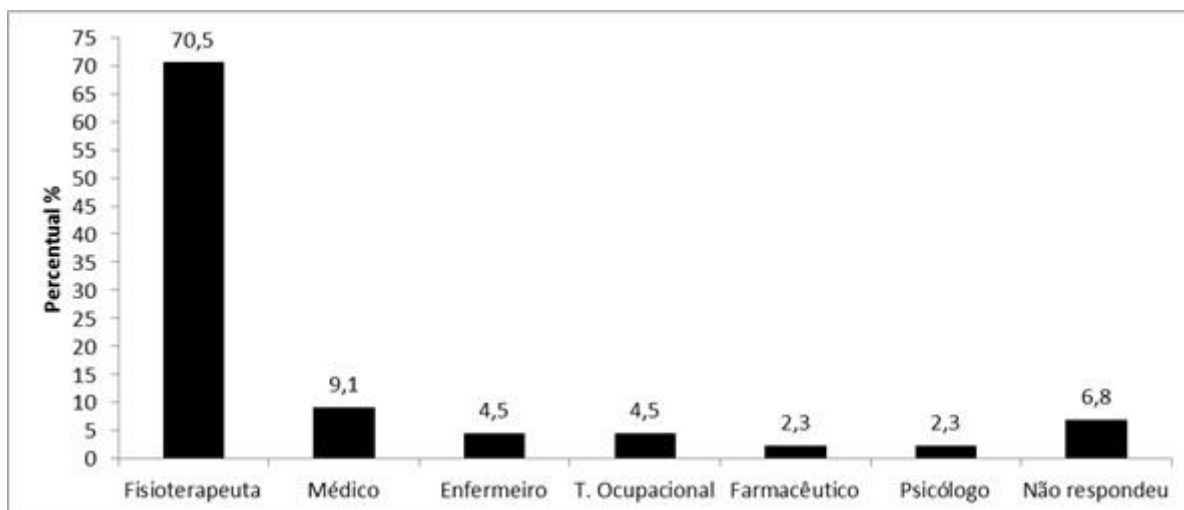


Figura 3 - Frequência de respostas dos pacientes sobre a necessidade de profissionais na Estratégia de Saúde da Família adstrita.

Discussão

Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes atendidos é do sexo feminino e idoso. Em relação ao sexo, os dados divergem da literatura que afirma que as prevalências de AVC são maiores nos homens do que nas mulheres [12-14]. Quanto à faixa etária foi possível perceber que está de acordo com a literatura, indicando a idade acima de 60 anos como a mais susceptível ao AVC [13,15], reforçando a teoria de que existe um desafio de saúde pública junto com o aumento da expectativa de vida.

Vale destacar que no estudo de Pereira *et al.* [15], os indivíduos na faixa etária entre 70 e 79 anos da cor branca foram os mais acometidos, resultado semelhante ao do presente estudo. Considerando a raça, o estudo de Mazzola *et al.* [14] também encontrou que a maioria dos indivíduos acometidos por AVC em Passo Fundo/RS era branca, divergindo da literatura que aponta que a maior incidência de AVC é na raça negra [16]. Para analisar este resultado é preciso levar em consideração que o Brasil é um país de grande miscigenação e que todas as informações relatadas são respondidas pelos sujeitos da pesquisa, deixando a critério dos mesmos suas percepções quanto aos aspectos que o caracterizam [14].

Em relação à mobilidade, 43,2% apresentaram deambulação independente, prevalência esta duas vezes maior do que a encontrada em um estudo realizado em uma clínica escola de São Paulo [13]. Entretanto, no estudo realizado por Scalzo *et al.* [17], 53,2% dos pacientes com AVC atendidos por uma clínica de Betim/MG apresentavam deambulação independente de dispositivos. Além disso, o mesmo estudo encontrou que 19,1% dos pacientes estavam restritos à cadeira de rodas, valor duas vezes maior que no presente estudo (9,1%).

Em relação ao número de quedas, foi possível perceber que a maioria dos pacientes caiu ao menos uma vez durante o último ano, aproximadamente 38% caíram 3 vezes ou mais. Neste contexto, os idosos com AVC são mais suscetíveis às quedas, por apresentarem hemiplegia ou paresia dos membros inferiores o que acaba afetando a locomoção e a capacidade de equilíbrio, além de disfunção visual, com prejuízo da deambulação segura [18].

Não obstante a isso, um estudo realizado com 150 pacientes com AVC identificou que 37% dos pacientes tiveram ao menos uma queda, a lesão no hemisfério direito e o tempo do AVC foram associados positivamente com as quedas [19]. Com bases nestes resultados é necessário considerar o impacto das quedas sobre a qualidade de vida dos pacientes que podem incluir morbidade importante, mortalidade, deterioração funcional, e consumo de serviços sociais e de saúde [20]. Assim, de uma maneira indireta os idosos acabam restringindo-se das atividades físicas, devido a dores, incapacidades, medo de cair e atitudes protetoras de familiares [21], o que foi confirmando no presente estudo, no qual aproximadamente 60% dos indivíduos não praticam atividades físicas.

Estes achados ressaltam que além do índice de quedas apresentado e a diminuição da atividade física, a maioria não recebe atendimento domiciliar para tratamento, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica [11]. Esta falta de assistência pode influenciar

diretamente no declínio da capacidade funcional, o que repercute em quedas, apresentando impactos significativos na qualidade de vida desta população [22].

Esses dados reproduzem os achados de Ribeiro *et al.* [23], que, ao caracterizar o acesso à reabilitação dos usuários acometidos por AVC no município de João Pessoa (PB) na ESF, concluíram que é necessária a ampliação da rede de serviços de reabilitação no município, a fim de viabilizar a realização de uma assistência mais acessível às pessoas com sequela de AVC, dentro de uma perspectiva de processo de trabalho que atenda às necessidades do usuário e do trabalhador em saúde. Essa análise também foi confirmada no estudo de Moura Mendes *et al.* [24], em que caracterizaram o acesso a serviços de fisioterapia para indivíduos após AVC, e verificaram que dos 66,7% dos pacientes que realizavam fisioterapia em domicílio, em fase ambulatorial, 58,3% pagavam pelo serviço. Portanto, os autores ressaltam a necessidade de ampliar o acesso a serviços de fisioterapia, e esses dados podem servir como suporte para que haja um maior planejamento e estruturação do sistema de saúde em seus diferentes níveis de atenção.

É necessário destacar que o atendimento domiciliar para pacientes neurológicos é imprescindível ao trabalho de atenção primária, pois é neste momento em que o profissional da saúde se depara com a realidade dos pacientes, verificando suas atividades de vida diária, suas limitações e a partir daí procede-se aos cuidados e orientações pertinentes a cada caso, fomentando a saúde integral deste usuário [25].

Por fim, os resultados evidenciaram que os pacientes percebem a necessidade de atividades físicas e/ou de reabilitação uma vez que a grande maioria (70,5%) dos pacientes relatou interesse por haver o profissional fisioterapeuta na ESF adstrita. Ao analisar este resultado, é possível refletir sobre a integralidade do atendimento preconizado pelo Sistema Único de Saúde [11], pois além das elevadas prevalências, o AVC é uma das principais causas de incapacidade prolongada. Além disso, cerca de 1/3 dos pacientes sobreviverá por aproximadamente 10 anos, e 80% destes precisará de assistência prestada pela atenção básica considerando o princípio da integralidade e o usuário como protagonista [10].

A atuação do fisioterapeuta na ESF evita o incremento das doenças ao mesmo tempo em que limita os danos e incapacidades já instaladas [26,27]. Mais do que inserir o fisioterapeuta na ESF, sua integração às equipes compreende a ideia de criar pontos de interseção, pois, através de ações realizadas entre os profissionais, facilita e incentiva a adoção de uma prática integral da saúde [28]. Sob esta perspectiva, deve se atentar ao fato de que o fisioterapeuta não deve ser visto apenas como um profissional reabilitador, conforme apontam Santos e Teixeira [29]. Segundo esses autores, ao analisarem o nível de conhecimento de usuários da ESF de São Francisco do Pará sobre a abrangência da atuação da Fisioterapia, perceberam que os usuários apresentam o conhecimento sobre o que é a fisioterapia, embora ainda a percebam apenas como reabilitação, restringindo seu leque de possibilidades. Concluem assim que a inserção e a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica devem ser mais bem discutidas entre profissionais e a comunidade.

A prevalência de pacientes com diagnóstico de AVC nas ESF do município estudado, mesmo não atingindo o mínimo da amostra necessária para a representatividade é incontestável, uma vez que de acordo com o Ministério da Saúde, este município apresenta altos índices de hipertensos e diabéticos [30]. Neste sentido, é necessário considerar o fato de que a hipertensão se apresenta como o principal fator de risco de AVC [14].

Diante desta necessidade, torna-se necessário refletir sobre a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) uma vez que suas equipes estão preparadas para conhecer a realidade das famílias sob sua cobertura, com relação aos indicadores sociais, demográficos e epidemiológicos; prestando assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda [31]. Partindo desta estratégia é que se pensa na integralidade e longitudinalidade do cuidado aos pacientes, pois se apoia na proposta multidisciplinar de trabalho, usando da articulação das ações e a cooperação da equipe por meio da comunicação desenvolvendo ações de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos na população sob sua responsabilidade [32].

Conclusão

O perfil epidemiológico traçado neste estudo reafirma as preocupações levantadas sobre a dificuldade de políticas públicas de planejamento a esta população, pois a cada item de caracterização destes pacientes ficou mais clara a necessidade de saúde que estes apresentam. A proposta levantada neste artigo aponta que a atenção básica é fundamental, já

que prevê a resolutividade de saúde que extrapola a esfera da intervenção curativa e reabilitadora, apostando principalmente na sua melhor estratégia já elaborada, a ESF que fortalece e incorpora os preceitos básicos do SUS. O estudo sinaliza para a importância da inclusão do fisioterapeuta na atenção básica a qual foi apontada pela maioria dos usuários durante as visitas domiciliares.

Referências

1. Lewis SR. Patogênese. Classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. In: Rowland LP, Merrit, eds. Tratado de Neurologia. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.184-95.
2. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology* 2008;30:205-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Bonita R, Beaglehole R. Stroke prevention in poor countries: time for action. *Stroke* 2007;38:2871-2.
5. Rodgers H. Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a population-based study. *Stroke* 2004;35:7-11.
6. Nitrini R, Bacheschi LA. A Neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: Ateneu; 2003.
7. André C. Manual de AVC. 2ªed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
8. Sartorius N. Rehabilitation and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry* 1992;1180-81.
9. World Health Organization. Renewing the health for- all strategy: elaboration of a policy for equity, solidarity and health. Geneva: WHO; 1995.
10. Organización Mundial de La Salud. Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública. USA: OMS; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
12. Ministério da Saúde. DATASUS. [citado 2014 Maio 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>
13. Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. *Revista Neurociência* 2004;12(3):117-22.
14. Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, de Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2007;20(1);22-7.
15. Pereira ABCN, Alvarenga H, Pereira Junior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2009;25(9):1929-36.
16. Sullivan SB, Schmitz , TJ. Fisioterapia - Avaliação e Tratamento. 5ª ed. São Paulo: Manole; 2010.
17. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia PUC Minas Betim. *Rev Neurocienc* 2010;18(2):139-44.
18. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(4):1209-18.
19. Pinto EB, Nascimento C, Marinho C, Oliveira I, Monteiro M, Castro M et al. Risk factors associated with falls in adult patients after stroke living in the community: baseline data from a stroke cohort in Brazil. *Top Stroke Rehabil* 2014;21(3):220-7. doi: 10.1310/tsr2103-220.
20. Masud T, Morris RR. Epidemiology of falls. *Age Ageing* 2001;30(4):3-7.

21. Pereira SEM, Buksman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. Quedas em idosos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.
22. Ribeiro AP, de Souza ER, Atie S, de Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(4):1265-73.
23. Ribeiro KSQS, Neves RF, Brito GEG, Souza K de M, Lucena EM de F, Batista HFL. Acesso à reabilitação no pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. *Rev Baiana Saúde Pública* 2012;36(3):699-712.
24. Mendes LM, Gadelha IDS, Brito EGG, Moraes RM, Silva KSQ. Acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral aos serviços de fisioterapia. *Journal of Nursing UFPE* 2016;10(2):387-94.
25. Ragasson CAP, Almeida DCS, Comparin K, Mischiati MF, Gomes JT. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. Experiência baseada na Residência em Saúde da Família (RSF) desenvolvida na UNIOESTE- campus Cascavel em parceria com o Ministério da Saúde [internet]. 2008; [citado 2014 Maio 23]. Disponível em: http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes_psf.rtf
26. Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future? *Physiotherapy* 2004;(90):64-72.
27. Castro SS, Cipriano Junior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioter Mov* 2006;19(4):55-62.
28. Rezende M, Moreira MR, Filho AA, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(1):1403-10.
29. Santos LAT, Teixeira RC. A atuação do fisioterapeuta na estratégia saúde da família segundo usuários. *Cadernos de Educação Saúde Fisioterapia* 2015;2(3):7-21.
30. Ministério da Saúde. SISHIPERDIA [citado 2014 Maio 10]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>
31. Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família – Informes Técnicos Institucionais. *Rev Saúde Publica* 2000;34(3): 361-9.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: MS; 2001, 36p.