

**Artigo original**

# Caracterização da população na estratégia de saúde da família do município de Tramandaí/RS e descrição de um programa fisioterapêutico

## *Characterization of the population in the family health strategy in the city of Tramandaí/RS and description of a physical therapy program*

Wellington Jose Rodrigues Salbego, Ft.\*, Jucélia Fátima da Silva Güths, Ft., Esp.\*\*, Fabiana Rigon, Ft., M.Sc. \*\*\*

.....  
*\*Fisioterapeuta do município de Tramandaí/RS, \*\*Professora e Coordenadora do curso de Fisioterapia da Universidade Luterana do Brasil, Torres/RS, \*\*\*Professora Adjunta do curso de Fisioterapia da Universidade Luterana do Brasil, Torres/RS*

### Resumo

*Introdução:* A Fisioterapia tem por objetivo auxiliar na assistência à população carente por meio da atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse modelo de assistência atua em ações comunitárias educacionais de atenção à promoção da saúde e de prevenção dos distúrbios cinéticos funcionais do corpo, com a finalidade de reestabelecer o indivíduo. O objetivo deste estudo foi caracterizar a população da ESF do município de Tramandaí/RS e descrever um programa fisioterapêutico conforme os distúrbios encontrados nessa população. *Material e métodos:* Esta pesquisa foi de caráter transversal, quantitativa, realizada no posto São Francisco I no município de Tramandaí/RS, no período de agosto a outubro de 2010. Houve a participação de indivíduos do sexo masculino e feminino com idade entre 18-80 anos. Foi realizado inicialmente uma avaliação para a coleta de dados e logo após foi aplicado um questionário voltado à saúde. *Resultados:* Foram avaliados 74 indivíduos, sendo 47 mulheres entre 41-71 anos com ensino fundamental incompleto. A profissão predominante foi a de autônomo e a do lar. A área da saúde em evidência foi a traumatologia, e as patologias relevantes foram a artrose e a dor cervical. Dos entrevistados, 97,7% possuem filhos com algum problema de saúde. *Conclusão:* Os resultados demonstram a importância da inserção e/ou maior atuação do fisioterapeuta na estratégia de saúde da família a fim de elaborar ações comunitárias direcionadas às necessidades da população conforme as patologias predominantes.

**Palavras-chave:** fisioterapia, estratégia de saúde da família, saúde pública.

### Abstract

*Introduction:* Physical therapy aims to help in assisting underprivileged populations through action on the Family Health Strategy (FHS). This model of care is developed through community educational actions with attention to health promotion and prevention of functional kinetics disorders of the body, in order to recover the individual. The objective of this study was to characterize the FHS population in the municipality of Tramandaí/RS, and to describe a physical therapy program in accordance with the disorders found in this population. *Methods:* This study was transversal, quantitative, held at the São Francisco I Health Center in the municipality of Tramandaí/RS, from August to October 2010, with the participation of males and females 18 to 80 years old. Was conducted an initial evaluation for data collection and soon after applied a questionnaire based on health care. *Results:* We studied 74 subjects, 47 women 41-71 years old with incomplete primary education. The predominant professional activity was self-employment and housewife. The highlighted health area was trauma, and the relevant pathologies were arthritis and neck pain. Of the respondents, 97.7% have children with some kind of health problem. *Conclusion:* The results demonstrate the importance of the integration and/or further activity of the physiotherapist in the Family Health Strategy in order to develop community actions to address the needs of the population according to the prevailing health conditions.

**Key-words:** family health strategy, physical therapy, public health.

## Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de assistência pública de tempo integral à comunidade. Nesse sistema, as equipes de saúde realizam seus atendimentos nas moradias dos pacientes selecionados, criando um vínculo maior com o indivíduo e com a sua família. Essa ação permite a observação direta da realidade de cada família, podendo, dessa maneira, evitar futuras novas moléstias [1-4]. A ESF tem como princípios a integralidade à assistência, a universalidade, a equidade, a resolutividade e a humanização do atendimento [1-3]. O Núcleo Integral de Saúde na Família (NISF) permite complementar a atenção básica da ESF, criando uma equipe de saúde multiprofissional que permite a inserção do profissional fisioterapeuta nas ações de prevenção e promoção à saúde [2,5-7].

A Fisioterapia na ESF, além de manter seu caráter reabilitador, possui uma perspectiva educacional de atenção à prevenção de distúrbios cinéticos funcionais e a promoção de saúde, a fim de reduzir o número de internações hospitalares [8-12].

O profissional fisioterapeuta possui uma visão voltada aos cuidados do ser humano. Segundo o código de ética, aprovado pela resolução COFFITO-10, de 03 de junho de 1978, estabelece no capítulo II, artigo 7º, parágrafo IV “que o fisioterapeuta deve utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos ao seu alcance nos planos de integração assistencial da infância ao idoso”. O atendimento fisioterapêutico domiciliar proporciona um melhor relacionamento com o paciente e com a família, além de permitir ao profissional um melhor conhecimento acerca das condições socioeconômico-sanitárias da família [13]; e, a partir daí, proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso [14]. Na população em questão, se insere a atenção primária e secundária mantendo-se a ação terciária [12].

A ação primária de saúde corresponde a medidas educativas que objetivam melhorar o bem estar dos indivíduos [8,9,11,12]. Inclui a educação sanitária, nutrição, habitação, condições adequadas de trabalho, lazer, recreação, educação sexual, exames periódicos e campanhas de orientação sobre temas específicos [15]. A secundária procura reduzir as futuras complicações que possam ser causadas por doenças associadas [8,9,11,12]. As ações efetuadas têm como objetivo diagnosticar precocemente o problema e estabelecer medidas terapêuticas adequadas [15]. Na ação terciária, há necessidades da aplicação de técnicas, métodos e exames de maior complexidade [3,9,11,12]. Alguns programas de ações em fisioterapia comunitária já são aplicados em diferentes regiões do país [16]. No município de Araçás, no Espírito Santo, o serviço de fisioterapia promove palestras educativas e orientações à prática de exercícios posturais, exercícios para incontinência urinária e auxilia com projetos de saúde como o “Hiperdia”, que visa reduzir a taxa de hipertensos e diabéticos [17,18]. Outro exemplo de ações primárias

ocorre no município de Quixadá e Sobral (CE) no Nordeste brasileiro [19].

O objetivo deste estudo foi caracterizar a população pertencente à Estratégia de Saúde da Família do posto São Francisco I, no município de Tramandaí/RS, e executar um programa fisioterapêutico voltado aos distúrbios evidenciados.

## Material e métodos

Este foi um estudo de caráter transversal, quantitativo, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/Canoas/RS – Parecer: CEP ULBRA 2010-110H), realizado no período de agosto a outubro de 2010. Foram incluídos adultos e idosos de ambos os sexos e diferentes faixas etárias, cadastrados na ESF do posto São Francisco I do município de Tramandaí/RS. Foram excluídos deste estudo, indivíduos que, após a terceira visita das agentes comunitárias, não se encontravam em suas residências, os que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os internados por doenças infectocontagiosas. Inicialmente, a população recebeu a visita das agentes comunitárias em suas residências, quando expuseram o objetivo e a importância da pesquisa a ser executada pelo profissional fisioterapeuta. A seguir, o pesquisador percorreu as residências, explicou a forma de execução do estudo e esclareceu as dúvidas para concordância e a assinatura do TCLE. Os voluntários participaram da avaliação fisioterapêutica para coleta dos seguintes dados: sexo, faixa etária, profissão e grau de escolaridade; ainda, durante essa visita, responderam ao questionário contendo perguntas de múltipla escolha como: Quais as especialidades médicas que mais lhe acomete? Quais as doenças que mais lhe comprometem? Possui filho(s), com alguma doença? Qual a doença que mais compromete seu filho(s)? Após a análise das informações obtidas através desse questionário, o pesquisador elaborou um programa fisioterapêutico de ação primária, secundária e terciária.

## Análise estatística

A análise dos dados teve uma abordagem descritiva com a distribuição de frequências simples e relativa, bem como as medidas de tendência central posição (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Para a comparação de proporções de uma mesma variável foi utilizado o teste Qui-quadrado, levando em consideração a distribuição teórica de homogeneidade entre as categorias comparadas.

As análises foram realizadas pelo programa *Statistical Package to Social Sciences for Windows (SPSS)* versão 17.0 e para critérios de decisão foi adotado o nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## Resultados

Para caracterização sociodemográfica da ESF, São Francisco I, situado em Tramandaí/RS, foram incluídos 74 inves-

tigados. Dentre eles, o gênero predominante foi o feminino com 63,5% (n = 47), sendo significativamente mais elevado ( $p < 0,05$ ) se comparado ao sexo masculino, 36,5% (n = 27) (Tabela I). A média de idade dessa população foi de 52,9 anos (DP = 20,1 anos), sendo que a faixa etária desse ESF foi de 41 a 71 anos de idade (Tabela I).

**Tabela I - Distribuição absoluta e relativa para gênero, idade, faixa etária, profissão e escolaridade com medidas de tendência central e de variabilidade.**

Variáveis	N = 74
<b>Sexo*</b>	
Masculino	27 (36,5)
Feminino**	47 (63,5)
<b>Idade (anos)</b>	
Média ± DP	52,9 ± 20,1
Mínimo – máximo	0,7 ± 89,0
<b>Faixa etária 1 (anos)*</b>	
Até 18 anos	7 (9,5)
De 19 a 40 anos	7 (9,5)
De 41 a 50 anos	13 (17,6)
De 51 a 60 anos	16 (21,6)
De 61 a 70 anos	18 (24,3)
71 anos ou mais	13 (17,6)
<b>Profissão*</b>	
Agricultor	4 (5,4)
Aposentado (a)	2 (2,7)
Autônomo**	20 (27,0)
Calçadista	4 (5,4)
Comerciante	6 (8,1)
Construtor	2 (2,7)
Do lar**	18 (24,3)
Estudante	7 (9,5)
Funcionário público	2 (2,7)
Mecânico	4 (5,4)
Outras	5 (6,7)
<b>Escolaridade*</b>	
Analfabeto (a)	4 (5,4)
Ensino Fundamental Incompleto**	52 (70,3)
Ensino Fundamental Completo	6 (8,1)
Ensino Médio Incompleto	4 (5,4)
Ensino Médio Completo	7 (9,5)
Ensino Superior Incompleto	1 (1,4)

\*Valores apresentados na forma n(%) com os percentuais obtidos sobre o total da amostra; \*\*Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ); DP = Desvio Padrão.

As profissões prevalentes foram as de autônomo, 27,0% (n = 20) e do lar, 24,3% (n = 18), assumindo uma diferença estatística ( $p < 0,05$ ) em relação às demais (Tabela I). Entre os indivíduos investigados houve predominância do ensino fundamental incompleto, 70,3% (n = 52), tendo uma diferença significativa entre os demais graus de escolaridade ( $p < 0,05$ ) (Tabela I).

Em relação às especialidades médicas, as mais referidas foram a traumatologia, 36,5% (n = 27), seguida por “várias áreas médicas”, o que significa o acometimento de diversas áreas ao mesmo tempo, 29,7% (n = 22). Ambas possuem diferença estatística perante as demais áreas médicas ( $p < 0,05$ ) (Tabela II).

**Tabela II - Distribuição absoluta e relativa para as especialidades médicas e as patologias de maior relevância.**

Variáveis	n=74
<b>Especialidades Médicas*</b>	
Neurologia	9 (12,2)
Cardiologia	2 (2,7)
Pneumologia	11 (14,9)
Traumatologia**	27 (36,5)
Várias Áreas Médicas**	22 (29,7)
Neurocardiológica	2 (2,7)
Cardio-traumatológica	1 (1,4)
<b>Patologias*</b>	
Broncopneumonia	2 (2,7)
Bronquiolite	1 (1,4)
Bronquite	4 (5,4)
AVE	5 (6,8)
HAS	4 (5,4)
Artrose**	10 (13,5)
Artrite	4 (5,4)
Hérnia discal	5 (6,8)
Lombociatalgia	4 (5,4)
Dor cervical**	7 (9,5)
Dor no membro superior	3 (4,1)
Tendinite	2 (2,7)
Outras	

\*Valores apresentados na forma n(%) com os percentuais obtidos sobre o total da amostra; \*\*Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ); AVE: Acidente Vascular Encefálico; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

As patologias de maior relevância foram artrose, 13,5% (n = 10) e a dor cervical (9,5%) (n = 7), as quais prevaleceram de forma significativa quando comparadas à broncopneumonia, bronquiolite e tendinite (Tabela II).

Tomando como base os 44 investigados que declararam terem filhos, os resultados apontaram que 97,7% (n = 43) apresentaram filhos com problemas de saúde ( $p < 0,05$ ); sendo que, as patologias mais relacionadas foram as cardiológicas 44,2% (n = 19) e as pneumológicas 20,3% (n = 15), assumindo uma diferença estatística ( $p < 0,05$ ) em relação às demais (Tabela III).

Em relação à descrição do programa fisioterapêutico, para a dor na região cervical e para a artrose, foram repassadas orientações quanto aos cuidados da coluna vertebral e da postura; bem como, a importância de realizar as atividades diárias de forma correta, e a execução de atividade física rotineira. Logo, foi elaborada uma sequência de exercícios de

alongamento corporal e fortalecimento da musculatura na região abdominal. No posto São Francisco, foram utilizados recursos como: Ultrassom e Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea para o alívio da dor. Para as crianças, foram estabelecidas campanhas educativas de incentivo à prática de atividade física na água ou ao ar livre, associado à utilização de brinquedos. Ainda houve palestras direcionadas aos pais ou aos cuidadores em relação aos objetos a serem eliminados das residências, a fim de minimizar os problemas respiratórios bem como de incentivo à correta alimentação. Após esse primeiro encontro, conforme idade e necessidade das crianças, foram descritos exercícios aeróbicos para melhora no condicionamento cardiorrespiratório, a utilização dos métodos de Reeducação Toracoabdominal para problemas respiratórios e de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva para as alterações neurológicas. Por fim, foram recomendados os mesmos exercícios, entretanto com maior grau de dificuldade, acrescentando o uso de gameterapia no posto de saúde.

**Tabela III - Distribuição absoluta e relativa da quantidade de filhos com problemas e as patologias de maior relevância.**

variáveis	n=44
<b>Filhos com problemas*</b>	
Não	1 (2,3)
Sim**	43 (97,7)
<b>Patologias dos filhos NSA=31 (41,9)*</b>	
Neurologia	6 (14,0)
Cardiologia**	19 (44,2)
Pneumologia	15 (20,3)
Traumatologia	1 (1,4)
Outras	2 (2,7)

\*Valores apresentados na forma n(%) com os percentuais obtidos sobre o total da amostra; \*\*Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

## Discussão

Em relação à caracterização da amostra da ESF São Francisco I, foram apontadas características similares a de outros PSFs. Dos 74 investigados, o gênero feminino foi o predominante e a média de idade dessa população foi de 52,9 anos, sendo que a faixa etária dessa ESF foi de 41 a 71 anos de idade. Machado & Nogueira [16] e Ibañez *et al.* [20] demonstram que a maioria dos indivíduos cadastrados no PSF de Londrina também é do sexo feminino com idade entre 40 a 59 anos. A diferença na faixa etária no município de Tramandaí, se comparado aos demais, deve-se ao mesmo estar localizado no litoral norte do Rio Grande do Sul e, por esse motivo, ser bastante procurado como local de moradia de pessoas já aposentadas.

As profissões que se destacaram neste estudo foram as de autônomo (27%) e do lar (24%). No PSF de Fortaleza, Cascavel, Aracati, Quixadá e Canindé a ocupação predominante é semelhante à de Tramandaí. Segundo Jorge *et al.* [21]

a profissão do lar, muitas vezes se destaca, devido à amostra ser predominantemente composta por mulheres, como o que ocorreu no município em estudo.

O grau de escolaridade de maior relevância nesse posto foi o do ensino fundamental incompleto com a presença de 52 dos 74 indivíduos investigados. Pereira *et al.* [22] demonstram resultados semelhantes no PSF do município de Vassouras. Indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos necessitam de orientações primárias e secundárias de saúde devido à falta de conhecimento e por estarem mais predispostos a modificações estruturais e funcionais em seu organismo [22]. Huang *et al.* [23] relatam que o baixo grau de instrução educacional aumenta a prevalência de acidente vascular cerebral (AVC). Vários estudos constata maior incidência de aterosclerose em pessoas de nível educacional mais baixo, isso porque a falta de informações a respeito de hábitos e comportamentos prejudica este segmento populacional [24]. Sprangers *et al.* [25] e Jakobsson *et al.* [26] mostram que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e, por muitas vezes, não ter companheiro está relacionado à baixa qualidade de vida, porque o rendimento financeiro é menor. Esse fato também é evidenciado no estudo, principalmente, porque a questão financeira é bastante reduzida.

A especialidade médica de maior acometimento foi a traumatologia, e as patologias em questão foram a artrose e a dor cervical, enfermidades essas de ordem crônica. Altomare *et al.* [27] também observam que indivíduos do sexo feminino apresentam maiores alterações traumatológicas, e que as patologias de maior frequência estão relacionadas a cervicalgia, artrite, artrose e dores nos membros superiores. A representatividade dessas patologias no sexo feminino ocorre devido à dupla jornada de trabalho, porque aumentam as chances do surgimento de patologias e a procura por atendimento de saúde. Nuñez *et al.* [28] relatam que as doenças crônicas limitam os indivíduos e desenvolvem um certo impacto na família e na sociedade, pois esses indivíduos requerem cuidados especiais, apresentam um alto custo financeiro e possuem baixa qualidade de vida. Konoshi *et al.* [29] relatam que idosos do sexo feminino possuem dores constantes na articulação do joelho devido a artrite; e, como consequência, há modificações em outros segmentos corporais. Estudos estatísticos demonstram aumento na incidência de doenças crônicas e degenerativas devido ao aumento na expectativa de vida dos indivíduos [22,30,31].

Em Tramandaí, dos 44 investigados que declararam ter filhos, 43 deles possuíam filhos com problemas de saúde nas áreas: cardiológica, pneumológica e neurológica. Dentre os fatores que influenciam o desenvolvimento dessas patologias ressaltam-se as condições nutricionais, ambientais, a estimulação motora que pode ser favorecida pela relação familiar com a rotina da criança, além do padrão cultural, do nível educacional e socioeconômico da família. Dentre os fatores considerados de influência negativa para a criança, destaca-se o baixo nível social e econômico [3,5,9]. Na unidade básica de

saúde da cidade de Sobral/Ceará, foi necessária a implementação de grupos de mães com crianças que possuem problemas respiratórios e neurológicos. Nessa situação, foram estabelecidos projetos de estimulação ao atraso neuropsicomotor, reeducação postural global bem como o fisioterapeuta passou a atuar em creches para minimizar esses acometimentos [15].

Em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde reafirmou que basear os sistemas de saúde na atenção primária é a abordagem mais eficaz para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde da população [32]. Uma maneira de proporcionar a atenção primária ocorre por meio da educação, a qual se baseia na instrução do indivíduo a adotar e a manter um padrão de vida sadio. Isto é, fazer com que a população possa tomar suas próprias decisões, desenvolvendo o senso de responsabilidade da sua saúde e da comunidade [18]. A inserção do fisioterapeuta na atenção básica à saúde torna-se importante devido à grande demanda de pessoas que precisam do serviço, mas que são impossibilitadas pelos limites físicos encontrados nas comunidades. Além disso, há as condições socioeconômicas que, em sua maioria, são precárias até mesmo para gastos com transporte [33].

A ação fisioterapêutica primária para a dor na região cervical e artrose deve-se ao ensino dos pacientes sem relação às mudanças posturais e orientações de como carregar os objetos e a adequação dos mesmos no ambiente [10,34]. Este estudo sugere ações semelhantes às estabelecidas por esses autores. Konishi *et al.* [29] descreveram a importância das visitas domiciliares e o desenvolvimento de um programa voltado para as mulheres de meia idade, a fim de minimizar os efeitos das dores no joelho e da osteoartrose. Campanhas educativas aos idosos e programas como o "Agita Saúde", concedido pelo Ministério da Saúde, visa à promoção de estilos saudáveis de vida, favorecendo o controle e a prevenção de doenças crônicas [8]. Em Jaguariúna, São Paulo, o curso de Fisioterapia da Faculdade Jaguariúna (FAJ) deu início ao programa "Fisio Agita", envolvendo exercícios físicos e palestras direcionadas à prevenção de doenças como: hipertensão arterial sistêmica, osteoporose, diabetes e apresentações sobre a atuação da fisioterapia nestas enfermidades [35]. Em Foz do Iguaçu/PR foi implantado o programa "Caminhada da Saúde", que objetiva a prevenção e a melhoria na qualidade de vida da população. Esse teve, como resultados, a normalização dos níveis pressóricos, melhoria na qualidade de vida, no condicionamento físico e mental, na facilidade de acesso às informações em saúde desta população e maior adesão da comunidade à prática de atividades físicas [36]. De acordo com Felício *et al.* [37], os pacientes que receberam atendimento fisioterapêutico domiciliar na equipe de "home care" através do Instituto da Previdência do Município (IPM) em Serrinha, na visão do cuidador, apresentaram condições clínicas mais favoráveis, principalmente em relação à dor e à parestesia, que são alterações comumente encontradas nos pacientes neurológicos crônicos, decorrentes dos períodos de imobilização e diminuição das atividades da vida diária destes pacientes.

Conforme resultados descritos neste estudo, sugerimos a descrição de projetos fisioterapêuticos na área ortopédica para a população do posto São Francisco I. Como ação secundária, se promove exercícios para correção postural, evitando dessa forma futuros encurtamentos; acrescidos de exercícios respiratórios e de relaxamento. Na ação terciária, ocorre a aplicação de recursos físicos analgésicos e exercícios ativo-assistidos e/ou ativos; e alongamentos para manutenção e/ou melhora na amplitude de movimento articular, visando à prevenção de complicações músculo esqueléticas [10,34]. Atividades semelhantes foram descritas pelo fisioterapeuta responsável ao PSF São Francisco I, por serem de fácil aplicação e entendimento a população e, também de baixo custo financeiro.

Para as crianças, são citadas como ação primária, campanhas educativas de incentivo à prática de atividade física [10]. A *American College of Sports Medicine* e *American Thoracic Society* recomendam exercícios para pacientes com asma, de 3 a 5 vezes por semana [38]. Outras ações de âmbito secundário e terciário são a elaboração de projetos na fisioterapia respiratória contendo exercícios para a expansão pulmonar visando à eliminação ou a minimização das complicações; programas de exercícios de reequilíbrio muscular para o tronco a fim de evitar alterações na coluna e o uso de hidroterapia [10]. Atividades idênticas foram citadas para a população do São Francisco I. Para a intervenção secundária e terciária citamos o emprego de manobras e técnicas que, apesar de serem diferenciadas, são de fácil aplicação.

## Conclusão

A fisioterapia, no contexto da ESF, não visa extinguir as ações de reabilitação, mas procura ampliar a atuação do profissional fisioterapeuta em ações educacionais, de atenção à promoção da saúde e de prevenção dos distúrbios cinéticos funcionais. Busca, portanto, maior atuação do fisioterapeuta a fim de elaborar ações comunitárias direcionadas às necessidades da população conforme as patologias predominantes.

## Referências

1. Ribeiro KSQS. Atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde - Reflexões a partir de uma experiência universitária. *Fisioter Bras* 2002;3:311-8.
2. Costa JL, Pinho MA, Figueiras MC, Oliveira JBB. A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. *Rev Ciênc Saúde* 2009;2:2-7.
3. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002;18:191-202.
4. Moreira PHB, Rodrigues ACF, Pereira CA, Marques FO, Lehner GH, Oliveira TS, et al. A inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional - Programa Saúde da Família (PSF). Rede de Fisioterapia na Saúde Coletiva. 2006. [citado 2010 Out 10]. Disponível em URL: <http://www.fisionasaude.com.br>

5. Ploszaj A. SUS: Fisioterapia ou reabilitação? *FisioBrasil* 2002;6(56):13.
6. Vêras MMS, Quinderé PH, Ferreira LP, Aragão JMGA, Coelho MAAA. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral a saúde da família-SINAI Saúde e Sociedade 2007;16:165-71.
7. Fujisawa DS, Garanhani MR. Perspectivas de mudança na formação do profissional fisioterapeuta. *Olho Mágico* 2001;8:6-7.
8. Albuquerque MAL, Carvalho VCP. O papel do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Inspirar* 2009;1:15-19.
9. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Revista Eletronica Enfermagem* 2006;8:42-51.
10. Deliberato PCP. Fisioterapia preventiva: Fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole; 2002. p.63-74.
11. Levy CS, Silva RMM, Morano MTAP. O tabagismo e suas implicações pulmonares numa amostra da população em comunidade de Fortaleza – CE. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2005;18:125-129.
12. Rezende M, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14:1403-10.
13. Moraes JR. A atuação da fisioterapia no programa de saúde da família (PSF). *Reabilitar* 2001;3:27-30.
14. 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. *Olho Mágico* 2006;13(2):1-8. 15.
15. Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Filho VCG. O papel do fisioterapeuta no programa de saúde da família do município de Sobral-Ceará. *Revista Brasileira de Programa da Saúde* 2005;18:3-6.
16. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia. *Rev Bras Fisioter* 2008;12:401-8.
17. Canto CREM, Simão LM. Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corpo-mente: um estudo de caso. *Psicol Cienc Prof* 2009;29:306-317.
18. Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H, Carneiro RM. Educação em Saúde: Histórico conceito e propostas. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério de Saúde; 1996.
19. Menezes RG. Fisioterapia social, uma excepcionalidade acadêmica? O Coffito. *Manual Ministério da Saúde* 2001;10:3.
20. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Foster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11:683-703.
21. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDSP, Rocha D, Alves AG. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2007;31:256-266.
22. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Junior RSP, 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;25:1929-36.
23. Huang ZS, Chiang TL, Lee TK. Stroke prevalence in Taiwan: findings from the 1994 National Health Interview Survey. *Stroke* 1997;28:1579-84.
24. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology* 2008;30:205-6.
25. Sprangers MA, De Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, Boer JB et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000;53:895-907.
26. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res* 2004;13:125-36.
27. Altomare G, Junior RR, Pereira JS. Frequência de distúrbios algícos da coluna vertebral e tratamento osteopático. *Fisioter Bras* 2010;11:133-7.
28. Nuñez DE, Keller C, Ananian CD. A review of the efficacy of the self-management model on health outcomes in community-residing older adults with arthritis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2009;6:130-48.
29. Konishi I, Tanabe N, Seki N, Suzuki H, Okamura T, Shinoda K, Hoshino E. Physiotherapy program through home visits for community-dwelling elderly Japanese women with mild knee pain. *Tohoku J Exp Med* 2009;29:91-9.
30. Corrêa AD, Siqueira BR, Quintas LEM, Piccinini AB. Hipertensão Arterial: Epidemiologia, fisiopatologia e complicações. *ARS CVRANDI. Clínica Médica São Paulo* 1995;28:82-108.
31. Castro KVB, Silva ALS, Lima JMMP, Nunes WJ, Calomeni MR, Silva VF. Fisiomotricidade e limiares de dor: efeitos de um programa de exercícios na autonomia funcional de idosas osteoporóticas. *Fisioter Mov* 2010;23:161-72.
32. Arrais F, Hildegardes M, Pessoa IMBS, Coelho CC. Educando para a saúde: uma atuação da fisioterapia na extensão universitária. *Vivências* 2009;5:107-11.
33. Arruda AD. A importância da inclusão [online]. [citado 2011 Mai 12]. Disponível em URL: <http://www.prac.ufpb.br/anais/anais/saude/fisioterapia.pdf>
34. Terzian F. Brasil reconhece rinite como problema de saúde, COFFITO. Ministério da Saúde e suas prioridades. *Revista pública. Revista Super Saudável* 2005;5:12-13.
35. Westin V. Fisio agita em Jaguariúna traz benefícios à população. Faculdade Jaguariúna. São Paulo, abr. 2007. [citado 2011 Mai 12]. Disponível em URL:<http://www.faj.br/news>
36. Rocha GG. O fisioterapeuta como gerador e implementador das ações em saúde pública. *Credito* 8, 27 ago 2004. [citado 2011 Ago 21]. Disponível em URL: <http://www.credito8.org.br>
37. Felício DNL, Franco ALV, Torquato MEA, Abdon APV. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde* 2005;18:64-69.
38. Lucas SR, Platts-Mills TAE. Physical activity and exercise in asthma: Relevance to etiology and treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2005;115:928-34.