

Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE

Epidemiological profile of physical therapy outpatients of the Family Health and Rehabilitation Program in Camaragibe, PE

Francisco de Assis Silva Santos¹, Joaquim Sérgio de Lima Neto²,
Juliana Cabral de Lima Ramos³, Fernanda de Oliveira Soares⁴

¹ Fisioterapeuta; discente da Pós-Graduação em Saúde Pública do CPqAM (Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife)

² Fisioterapeuta; Prof. Ms. do Depto. de Fisioterapia da UFPE (Universidade Federal de Pernambuco)

³ Fisioterapeuta

⁴ Fisioterapeuta; Profa. Ms. do Depto. de Fisioterapia da Fape (Faculdade Pernambucana)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Francisco de Assis S. Santos
R. Silvino Lopes 352 Bairro Matriz
55610-090 Vitória de Santo Antão PE
e-mail:
chico_fisio@hotmail.com

APRESENTAÇÃO
mar. 2007

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO
set. 2007

RESUMO: O município de Camaragibe, PE, foi pioneiro na inserção do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família, pela implantação do Programa de Promoção à Saúde e Reabilitação na Família (PPSRF). O objetivo deste estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo Serviço de Fisioterapia do PPSRF. Foram coletados e analisados estatisticamente os dados de 661 pacientes atendidos em 2004. Os resultados mostram predominância feminina (64,9%) e faixa etária predominante de 40 anos e mais (62,9%). Entre as mulheres há predominância de artrite/artrose e lesões tendinomusculares; no sexo masculino, fraturas e acidente vascular encefálico (AVE). Fraturas e lesões tendinomusculares prevaleceram entre os pacientes abaixo dos 40 anos, enquanto artrite/artrose e AVE acima dessa faixa. Os resultados encontrados permitem que os fisioterapeutas reorganizem suas atividades no PPSRF, atuando nas diversas faixas etárias, tanto nas disfunções relacionadas ao trabalho e causas externas quanto nas patologias crônicas, podendo promover ações terapêuticas preventivas, garantindo o aprimoramento da assistência prestada à população.

DESCRIPTORES: Fisioterapia/epidemiologia; Saúde pública; Serviços básicos de saúde

ABSTRACT: The municipality of Camaragibe, PE, pioneered in including physical therapy in the (public, nationwide) Family Health Programme, having implanted the Family Health and Rehabilitation Programme (PPSRF). The purpose of this study was to describe the epidemiological profile of physical therapy (PT) PPSRF patients. Data were collected, and statistically analysed, on the 661 patients having received PT care during 2004. Results show predominance of women (64.9%) and of the aged 40 and over. Among women, the most common conditions were osteoarthritis and lesions to tendons and muscles; among men, bone fractures and cerebral vascular accident (CVA). Bone fractures and lesion to tendon and muscles were prevalent among patients under 40, while osteoarthritis and CVA were more common among those above this age. Present findings may enable physical therapists to reorganize their activities in the PPSRF, attending to different age groups, with occupational dysfunctions, external causes, and with chronic diseases, and to promote preventive therapeutic actions, thus improving people health care.

KEY WORDS: Basic health services; Physical therapy/epidemiology; Public health

INTRODUÇÃO

O foco da atenção em saúde à população, no país, vem se deslocando, dentre outras questões, para fazer face ao fato de que o Brasil, nas últimas décadas, passou por transições demográficas e epidemiológicas importantes¹, algumas das quais muito acentuadas, como a queda da fecundidade (6,2 filhos por mulher entre 1940 e 1960 para 2,4 filhos por mulher em 2000) e o aumento da longevidade (61,7 anos em 1980 para 68,6 em 2000)². Mudanças em relação aos indicadores sociais como analfabetismo e saneamento básico continuam refletindo as desigualdades sociais nas diferentes regiões do país.

Também foi observado aumento na taxa de urbanização, com cerca de 81,3% da população vivendo em zona urbana em 2000; na escalada da violência, acentuando os óbitos por causas externas, assim como aumento nas doenças cardiovasculares e neoplasias, morbidades mais relacionadas com o envelhecimento da população. Observa-se ainda uma expectativa de vida cada vez maior, registrando-se atualmente cerca de 9% da população brasileira de idosos³, tendo-se elevado em 46% o número de idosos no período de 1980 a 2000. O Nordeste é a região brasileira com menor expectativa de vida².

O Brasil apresenta um perfil epidemiológico “de desigualdades”, caracterizado por elevadas taxas de prevalência e incidência de doenças infecciosas transmissíveis, endêmicas e epidêmicas, passíveis de controle e, por outro lado, redução de doenças evitáveis por vacinação, elevação das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e explosão da violência⁴.

O aumento do investimento na atenção básica à saúde – definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltados para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”⁵ – possibilitou uma tendência mais acentuada à redu-

ção de doenças infecciosas e elevação das DCNT na região Nordeste, nos últimos anos⁶. A partir de 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), elevaram-se os investimentos na atenção básica, que buscou priorizar os grupos populacionais mais vulneráveis, provocando repercussões em todo o sistema de saúde, como definição de área de abrangência e a introdução de equipe multiprofissional⁷.

O primeiro município do Estado de Pernambuco a implantar o PSF em 1994 foi Camaragibe, constituindo-se em referência nacional aos programas de atenção básica, a ponto de merecer vários prêmios nacionais nessa modalidade⁸. Nesse município foi desenvolvido um programa de assistência a pessoas com deficiência, criando-se um núcleo de reabilitação conduzido por dois fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos, um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um neurologista.

O aumento da demanda ao serviço de referência fez com que, em fevereiro de 1999, fosse implantado um projeto piloto com ações articuladas com o PSF. O projeto foi reorganizado, expandiu-se e reestruturou-se no Programa de Promoção à Saúde e Reabilitação na Família (PPSRF). Com isso, os fisioterapeutas que integravam o PSF passaram a realizar visitas domiciliares e a desenvolver atividades educativas, como palestras e oficinas, além de realizar atendimento ambulatorial.

O aumento das doenças crônicas não-transmissíveis e a permanência de elevada morbidade por doenças infecciosas no país indica que os custos com a saúde são cada vez maiores⁹; torna-se evidente que os investimentos para esse setor necessitam ser melhor estudados e aplicados. Sabendo-se que a inserção do fisioterapeuta na atenção básica ainda é incipiente e considerando-se a escassez de trabalhos que retratem tal inserção, este estudo objetiva traçar o perfil epidemiológico dos pacientes assistidos pela fisioterapia na atenção básica, das patologias

prevalentes distribuídas por faixa etária e gênero, caracterizando a demanda por profissionais fisioterapeutas na atenção básica à saúde.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federla de Pernambuco, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram coletados os dados de todos os pacientes atendidos em domicílio, em 2004, pela Fisioterapia do PPSRF, todos residentes em Camaragibe, PE, e oriundos de 11 Unidades de Saúde da Família (Loteamento São Pedro/São Paulo, Vila da Fábrica, Alto da Boa Vista/ Monte Alegre, Tabatinga 1 e 2, Tabatinga Centro, Loteamento São Jorge, Areinha, Bairro dos Estados, Areeiro, Nazaré/Inabi, Jardim Primavera I e II).

A coleta dos dados foi realizada nos arquivos da Secretaria de Saúde de Camaragibe. Foram consultados os mapas de produção individual, preenchidos pelos fisioterapeutas, nos quais registram o número do prontuário, nome e idade do paciente, a Unidade de Saúde da Família (USF) de procedência, o código da patologia de acordo com a lista de morbidades do CID-10 e o diagnóstico médico que recebeu. Foram incluídos no estudo os mapas em que constavam todos os dados do paciente, excluindo-se aqueles com preenchimento inadequado ou ausência de informações.

As variáveis utilizadas para descrever o perfil epidemiológico da população atendida foram sexo, idade (faixas 0 – 19, 20 – 39, 40 – 59, 60 e +) e patologia (artrite/artrose, lesões tendinomusculares, fraturas e AVE – acidente vascular encefálico). Os resultados foram tabulados e analisados usando o software R versão 2.5.0. Utilizou-se o teste χ^2 (Qui-quadrado) para comparar variáveis qualitativas, sendo consideradas diferenças estatisticamente significantes as que apresentaram valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram coletados os dados de 661 pessoas, em sua maioria de baixa renda e vivendo em áreas de morros, sendo 64,9% mulheres e 35,1% homens, com idade média de 50,5 anos (DP=20,9), assumindo valores entre 0,4 e 100 anos. Os dados mostram que 38,2% das pessoas tinham 60 anos ou mais (Tabela 1). O número de homens foi significativamente maior em relação às mulheres na faixa entre 0 e 39 anos e o de mulheres, na faixa acima de 60 anos e naquela entre 40 e 59 anos; foi encontrada uma distribuição homogênea entre homens e mulheres (p=0,2823).

Tabela 1 Distribuição da população atendida (N=661) pelos fisioterapeutas do PPSRF, por sexo e faixa etária

Faixa etária	Sexo		Feminino		Masculino		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
0 – 19	26	6,0	34	14,7	13,4762	0,0002		
20 – 39	71	16,6	57	24,6	6,2006	0,0127		
40 – 59	149	34,8	71	30,6	1,1558	0,2823		
60 e +	183	42,6	70	30,1	24,9095	<0,0001		
Total	429	100,0	232	100,0				

Tabela 2 Patologias encontradas (N=661) pelos fisioterapeutas do PPSRF, por sexo

Patologia	Sexo		Feminino		Masculino		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Artrite/artrose	118	27,5	18	7,8	35,9302	<0,0001		
Fraturas	62	14,5	58	25,0	52,1964	<0,0001		
AVE	47	11,0	45	19,4	8,954	0,0027		
Lesões tendinomusculares	47	11,0	17	7,3	2,2665	0,1322		
Subtotal	274	64,0	138	59,5				
Outros diagnósticos	155	36,0	94	40,5	72,4356	<0,0001		
Total	429	100,0	232	100,0				

Tabela 3 Patologias de maior prevalência (N=412) atendidas pelos fisioterapeutas do PPSRF, por faixa etária

Patologia	Artrite/artrose		Fraturas		AVE		Lesões t-m		χ	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0 – 19	3	16,7	15	61,1	0	0	4	22,2	27,8082	<0,0001
20 – 39	10	15,3	32	44,1	2	3,4	23	37,3	49,0697	<0,0001
40 – 59	49	35,2	36	22,7	33	21,8	28	20,3	3,5119	0,3192
60 e +	74	43,8	37	19,6	57	31,4	9	5,2	49,8382	<0,0001
Total	136	100	120	100	92	100	64	100		

Lesões t-m = lesões tendinomusculares

A análise das patologias de maior prevalência distribuídas por sexo (Tabela 2) revelou ocorrência estatisticamente maior de lesões tendinomusculares e artrite/artrose nas mulheres, e de fraturas e AVE entre os homens. Exceto para as lesões tendinomusculares por sexo (p=0,1322), não ocorreu relevância estatística no resultado.

A distribuição das patologias por faixa etária (Tabela 3) mostra que a população de 0 a 19 anos foi mais acometida por fraturas, dos 20 aos 39 por lesões tendinomusculares, verificando-se, a partir dos 40 anos, um aumento de doenças crônicas como

artrite/artrose e, também, de AVE. Novamente, com uma exceção, não ocorreu diferença significativa na distribuição das patologias por idade.

DISCUSSÃO

O município de Camaragibe tem a característica de ser essencialmente urbano, com dois terços de sua população (de 128.700 habitantes) vivendo em áreas de morro e alagado. A área de cobertura do PPSRF abrange 32% dessa população.

A maioria (64,9%) da população atendida eram mulheres. Além do atendimento relativo à maternidade, a mulher recorrerá mais aos serviços de saúde do que o homem, segundo Lima-Costa *et al.*¹⁰, por avaliar mais negativamente seu estado de saúde. Outros estudos demonstram pouca procura por serviços de atenção básica por parte dos homens, sendo a questão cultural apontada como dificultadora para a prevenção^{11,12}.

Para Siqueira¹³, realizam-se mais procedimentos fisioterapêuticos em faixas etárias mais avançadas (60 anos e mais), por serem os idosos os mais afetados por doenças crônicas não-transmissíveis e, também, devido ao fato de os grupos mais velhos terem pior percepção de sua saúde, com necessidades diferenciadas dos mais jovens¹⁴, buscando assim com maior frequência os serviços de saúde. Este estudo apresentou um maior número de pacientes acima dos 40 anos, principalmente com 60 anos e mais, o que concorda com a literatura que aponta maior realização de fisioterapia em idosos.

O fato de que a população atendida por fisioterapeutas do PPSRF compreende pessoas desde a primeira infância à terceira idade (Tabela 1) demonstra a importância da fisioterapia em todos os ciclos da vida, como foi observado em programa similar, implantado para todas as faixas etárias, no município de Sobral, CE¹⁵.

O predomínio de pessoas do sexo masculino até os 39 anos e do sexo feminino na faixa de 40 anos e mais (Tabela 1) é justificado pelo fato de que os homens sofrem mais de doenças agudas, dentre as quais as provocadas por causas externas. Este resultado corrobora achados de um estudo¹¹, de que até os 39 anos há 2,3 vezes mais casos de morbidade por lesões no sexo masculino do que no feminino, e que nos indivíduos entre 10 e 39 anos as morbidades provocadas por causas externas são as principais causas de interações entre os homens.

O predomínio de mulheres a partir dos 40 anos deve-se ao fato de serem mais acometidas por patologias crônicas^{10,16}, além do fato de as mulheres, no Brasil e em outras partes do mundo, tenderem a sobreviver mais que os homens, que são mais afetados pela violência e por doenças agudas¹⁰. A sobrevivência, entretanto, não é isenta de problemas de saúde, pois as mulheres estão mais sujeitas a sofrer de DCNT. As morbidades de maior frequência entre os atendimentos realizados pelos fisioterapeutas neste estudo, quando distribuídas por sexo (Tabela 2), apontam o diagnóstico de artrite/artrose com destaque entre as mulheres, corroborando estudos segundo os quais as mulheres fazem mais referências a patologias crônicas do que os homens^{17,18}.

Os dados disponíveis no Datasus revelam que os homens de até 59 anos são mais acometidos por fraturas¹⁹, o que também foi encontrado neste estudo, pois fratura foi a patologia de maior porcentagem (25%) entre os homens (Tabela 2).

Alguns trabalhos detectaram uma incidência maior de AVE em ho-

mens^{19,20,21}, com o que concordam os resultados encontrados neste estudo. No Brasil, segundo Lima-Costa²² com base em dados do IBGE, um dos principais fatores de morbidade entre os idosos é a hipertensão (44%), que pode levar ao AVE²³. Os resultados deste estudo confirmam isso, pois mais de 60% dos casos de AVE ocorreram na faixa etária de 60 anos e mais.

Quanto às lesões tendinomusculares, estas ocorreram mais no sexo feminino (17%) do que no masculino (12%), embora não tenha havido relevância estatística na comparação entre esses dados. Esses acometimentos são, em sua maioria, devido a lesões por esforço repetitivo (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)²⁴. Os resultados ora encontrados correspondem aos de um estudo realizado no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador do Espírito Santo, onde houve uma ocorrência maior de consultas de mulheres²⁵ por essas mesmas razões.

Este estudo revelou que a distribuição das morbidades prevalentes segundo a faixa etária modificam-se ao longo da vida: acidentes e violência, ou seja, fraturas e lesões tendinomusculares, ocorrem predominantemente na infância, adolescência e início da vida adulta, confirmando os resultados encontrados por Yunes & Zubarew²⁶. O desenvolvimento de doenças crônicas cresce na meia idade e as morbidades por doenças crônicas predominam em épocas mais tardias¹⁸.

A ocorrência de acidentes domésticos e morbidades devido a causas externas, já estudada por alguns autores^{27,28}, foi observada neste estudo, onde a maioria dos pacientes com

menos de 20 anos tinham diagnóstico de fraturas. Como o município de Camaragibe possui muitos morros e poucas áreas de lazer, sugere-se que esses fatores tenham contribuído para o aumento no número de acidentes devido a causas externas²⁹.

O atendimento domiciliar realizado pelos fisioterapeutas do PPSRF permite conhecer a realidade em que crianças, adolescentes, adultos e idosos vivem, identificando em suas atividades diárias os fatores que podem interferir no estado de morbidade. Assim, a intervenção por parte desses profissionais pode contribuir para uma melhora na qualidade de vida³⁰.

CONCLUSÕES

Os resultados encontrados neste estudo permitem que os fisioterapeutas reorganizem suas atividades no PPSRF, atuando nas diversas faixas etárias, tanto nas disfunções relacionadas ao trabalho e causas externas, quanto nas patologias crônicas, sendo possível promover ações terapêuticas preventivas que diminuam os processos que levam à incapacidade funcional laborativa, além de realizar programas coletivos, que contribuam para a diminuição dos acidentes de trabalho. Estes resultados passam a constituir um rol de informações importantes para o planejamento das ações em saúde no município de Camaragibe. É importante realizar estudos epidemiológicos antes da atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde. Assim, é possível conhecer a demanda inicial, o que possibilita melhor planejamento das ações e conseqüente maior eficácia nos serviços prestados à população.

REFERÊNCIAS

- 1 Roquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília; 2006.
- 3 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: tabulação avançada. Rio de Janeiro; 2000.
- 4 Freese E, Fontbonne A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: Freese E, organizador. Epidemiologia, política e determinantes das doenças crônicas não-transmissíveis. Recife: Universitária UFPE; 2006. p.17-45.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1998.

Referências (cont.)

- 6 Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DSS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):669-81.
- 7 Felisberto E, Samico I, Carvalho AT, Frias PG, Sousa ANA. Avaliação da atenção básica e as doenças crônicas não-transmissíveis. In: Freese E, organizador. *Epidemiologia, política e determinantes das doenças crônicas não-transmissíveis*. Recife: Universitária UFPE; 2006. p.89-103.
- 8 Camaragibe (Pernambuco). Secretaria de Saúde. *Reabilitação e Saúde na Família*. Jornal. Camaragibe, 2000.
- 9 Carvalho V. Balanço da reforma previdenciária no Brasil. In: Bayma F, Kasznar IK, editores. *Saúde e previdência social: desafios para o terceiro milênio*. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2003. p.155-72.
- 10 Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre os idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):202-8.
- 11 Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10:35-46.
- 12 Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e com ensino superior. *Cad Saude Publica*. 2007;23(3):565-74.
- 13 Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(4):663-8.
- 14 Dach JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD? 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):887-94.
- 15 Pereira FWA, Mangueira JA, Monteiro MPA, Vêras MMS, Lima VCS, Barrocas TC, et al. A inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. *Rev Sobralense de Políticas Publicas*. 2004;94-100.
- 16 Barros MBA, César GLC, Carandini L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):911-26.
- 17 Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5):365-73.
- 18 Machado GPM, Barreto SM, Passos VMA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(4):367-72.
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. SUS. Morbidade hospitalar do SUS por local de residência – Brasil. [citado 28 jan 2007]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/mrbr.def>.
- 20 Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2004;4(1):95-112.
- 21 Reis LM, Cordeiro JA, Cury PM. Análise da prevalência de morte súbita e os fatores de riscos associados: estudo em 2.056 pacientes submetidos a necropsia. *J Bras Patol Med Lab*. 2006;42(4):299-303.
- 22 Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Roquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- 23 Merrit HH. *Tratado de Neurologia*. 5a ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- 24 Dias EC. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 25 Oliveira RMR. A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo – CRST/ES [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
- 26 Yunes J, Zubarew T. Mortalidade por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol*. 1999;2(3):139-41.
- 27 Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes. *Rev Saude Publica*. 2001;35(2):142-9.
- 28 Martins CBG, Andrade SM. Causas externas em menores de 15 anos no sul do Brasil: atendimento em pronto-socorro, internação e óbitos. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):194-204.
- 29 Lima Neto JS, Ludemir AB, Barros JAC. Acessibilidade, inclusão social, satisfação pessoal: perfil das pessoas com deficiência em Camaragibe-PE, 2000 [dissertação]. Recife: Unoversidade Federal de Pernambuco; 2000.
- 30 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. Cascavel; 2004. [citado 28 jan 2007]. Disponível em: http://www.crefito5.com.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf