

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Pollyanna Cassia Silva

Roseane Marques Ribeiro

**A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UMA REVISÃO**

Belo Horizonte

2010

Pollyanna Cassia Silva

Roseane Marques Ribeiro

A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO

Monografia apresentada ao Colegiado do
Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola
de Educação Física, Fisioterapia e Terapia
Ocupacional da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Fisioterapia.

Orientadora: Professora Ms. Ana Maria
Chagas Sette Câmara

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

2010

A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: uma revisão

Physical Therapy in Primary Health Care: a Review

Pollyanna Cassia Silva ¹, Roseane Marques Ribeiro¹, Ana Maria Chagas Sette Câmara ²

¹ Acadêmicas de Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais.

² Orientadora, Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Existem várias formas de se organizar a assistência em saúde. No Brasil, o modelo de saúde vigente é o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela organização em níveis de atenção. A partir da criação do Programa Saúde da Família (PSF), ocorre a reorientação do SUS para a atenção primária à saúde (APS), que constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde.

A APS conta com uma Equipe básica de Saúde da Família (ESF) e a inserção de outros profissionais nessa equipe é um processo em construção.

O fisioterapeuta detém um espaço na APS como membro dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, porém, poderia contribuir mais para a resolubilidade e atenção integral do indivíduo caso integrasse a ESF.

Por meio de uma revisão integrativa, pesquisou-se as atuações da Fisioterapia em APS no Brasil e em outros países.

Verificou-se que o movimento teórico da Fisioterapia que busca investigar e documentar os indicadores epidemiológicos, desenvolver estratégias e processos de trabalho próprios no campo da APS, é incipiente. Portanto, não há uma definição de suas possibilidades e limites de atuação, bem como sua real colaboração em APS. Logo, necessita-se do desenvolvimento de maior número de pesquisas para este fim.

Palavras chaves: fisioterapia; atenção primária; atenção básica.

ABSTRACT

There are many forms to organize health assistance. In Brazil that form is the health unique system (Sistema Único de Saúde - SUS) which has different care levels. The SUS was reoriented to primary care (PC) since it has been created the Health Family Program, composing the first element of one continuous process to health care.

PC concerns one basic Family Health team. Other professionals can be inserted in this team but this process is in development.

Physiotherapists have a place on PC as Support Centers to Family Health member, but would contribute more to resolubility and integral care if composed Family Health Team.

By an integrative review, was researched the actuations of Physiotherapy on PC in Brazil and another countries.

It was verified that physiotherapy theorist movement - which looks out to investigate and to prove own epidemiological data, develops strategies and works process on PC – is incipient.

Therefore, there isn't one definition about physiotherapist actuations possibilities and boundaries as well a real contribution for PC. So, one larger research development is necessary to find it.

Key words: physiotherapy; primary health care; basic health care.

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Este estudo é uma revisão integrativa que descreve as atuações da Fisioterapia no nível de atenção primário à saúde.

Na introdução, por meio de um levantamento bibliográfico, contextualiza-se as ações em saúde no Brasil e em outros países, sob a óptica da integralidade. Posteriormente, apresenta-se a metodologia do estudo e os resultados da revisão sobre as atuações da Fisioterapia nesse nível de atenção à saúde no Brasil e no mundo.

INTRODUÇÃO

Existem várias formas difundidas pelo mundo de se pensar e organizar a assistência em saúde. Entende-se por modelo assistencial em saúde a maneira como são organizadas e combinadas, em uma sociedade, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença¹.

No Brasil, a saúde é dever do Estado e direito de todos², garantida pela Constituição Federal de 1988. Configura-se no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) orientado pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, bem como suas diretrizes legitimadoras de descentralização, regionalização e hierarquização, resolubilidade, participação social², coordenação do cuidado, vínculo e continuidade,

responsabilização e humanização ³. Esse modelo abrange todo o território nacional e está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas com direção única em cada esfera de governo. É dividido em diferentes níveis de atenção, sendo eles primário, secundário e terciário ⁴.

Os países Espanha, Holanda e Reino Unido apresentam um sistema de saúde semelhante ao SUS, que acordam com um modelo de financiamento público, universalidade e gratuidade do acesso; atenção integral ao usuário, descentralização política para as comunidades autônomas; hierarquização em níveis de atenção - com ênfase na medicina comunitária -, integração entre as diferentes estruturas e serviços públicos ao Sistema Nacional de Saúde ⁵. No Reino Unido, por exemplo, o sistema nacional de saúde (*National Health System - NHS*) existe desde 1948. É estruturado em níveis de atenção verde, amarelo e vermelho - que se equivalem à atenção primária, secundária e terciária do SUS.

A atenção primária em saúde (APS) – também conhecida como Rede Básica de Saúde, Cuidados Primários em Saúde ou Medicina Comunitária – é considerada a base do sistema de saúde brasileiro. A APS obteve o seu primeiro substrato teórico, político e ideológico na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978 ^{6,7}. Constitui o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS ⁸ e caracteriza-se por um conjunto de ações que engloba promoção e manutenção da saúde, prevenção de agravos das condições de saúde, diagnóstico, tratamento de doenças e reabilitação. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. O processo de trabalho desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas e organiza-se em equipes, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade ⁹.

Na APS, utiliza-se tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, no âmbito individual e coletivo, objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. Aproxima os serviços de saúde aos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde e o contato preferencial dos usuários com o SUS ^{4,7}.

Dentre as ações que caracterizam a APS, duas perspectivas fundamentais são apresentadas: promoção da saúde e prevenção de agravos ¹⁰.

Entende-se por prevenção a ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. Evita-se assim a ocorrência de impedimentos físicos, intelectuais, psiquiátricos ou sensoriais (prevenção primária - período de pré-patogênese) ou que estes impedimentos causem uma deficiência ou limitação funcional permanente (prevenção secundária - diagnóstico e tratamento precoce, ou prevenção terciária - ações de reabilitação) ^{11,12}.

Já promoção de saúde é considerada como um processo que permite as pessoas aumentarem o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se - individual e coletivamente - para melhorar essa condição ¹³. O conceito moderno de promoção da saúde, e a prática conseqüente surgiram e se desenvolveram a partir da Carta de Ottawa ¹⁴. Este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos ¹⁵.

A reabilitação na APS desenvolve procedimentos diagnósticos e terapêuticos aplicados aos indivíduos com determinadas alterações da condição de saúde. Essas alterações podem ocorrer por comprometimento da estrutura e função do corpo (doença, disfunção ou incapacidade) ou restrições na atividade e participação social, de etiologia e graus variados, transitória ou definitiva, visando o restabelecimento da funcionalidade do indivíduo e sua reinserção bio-psico-social ^{16,17}.

Como forma de estruturação da APS no Brasil, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em saúde ^{4,18}. O PSF é operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais (médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) em unidades básicas de saúde ^{4,19}. Outros profissionais podem vir a integrar esta equipe ou formar Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ⁴, mas esta inserção ainda é um processo em construção ²⁰.

Os NASF surgem do conceito de apoio matricial e equipe de referência, propostos por Campos ^{21, 22}, dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Foi sugerido trabalhar com uma Matriz Organizacional disposta no sentido vertical (equipes de referência) e no sentido horizontal (linha de apoio matricial). Esta disponibilidade deveria ser de conhecimento geral, e as indicações para utilização destas atividades dependeriam da concordância trilateral: do terapeuta de referência, do profissional que oferece a atividade matricial e do próprio usuário ²².

Nessa proposta, cada serviço de saúde seria reorganizado por meio da composição de Equipes Básicas de Referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, as características e disponibilidade de recursos de cada local. Estas equipes obedeceriam a uma composição multiprofissional variável, objetivando um modelo de atendimento mais

singularizado e mais personalizado, em que cada técnico (ou um pequeno grupo de técnicos) teria uma clientela adscrita mais ou menos fixa. Esta organização amplia as possibilidades e composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, valorizando todas as profissões de saúde, conservando a identidade de cada uma delas, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento ²².

Em concordância com esse referencial teórico, o Ministério da Saúde (MS) criou os NASF - com a Portaria GM nº. 154, de 24 de Janeiro de 2008 ²³ - compreendendo que a abordagem do usuário sob o enfoque da integralidade e resolubilidade transcende a constituição da equipe básica de profissionais do PSF ³.

Os NASF devem ser constituídos por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. Ao contrário destas, não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários. Tem como eixos responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado. Está dividido em nove áreas estratégicas, sendo elas: atividade física /práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança / do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica ²⁴.

A equipe NASF é composta por fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, dentre outros ²⁴ sendo esta equipe o principal campo de atuação para esses profissionais na APS.

Tendo em vista a expansão deste recente campo de trabalho, é importante identificar as ações de cada profissional neste novo contexto, em particular interesse, dos profissionais de Fisioterapia.

De acordo com a resolução nº. 80, de 9 de maio de 1987 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) , define-se a Fisioterapia e suas competências no exercício profissional como:

[...] ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função [...].

É competência do fisioterapeuta, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerados os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de Fisioterapia, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas [...].

Considerando que por sua formação acadêmico-profissional, pode o Fisioterapeuta atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis de assistência à Saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas [...].²⁵

Apesar do fisioterapeuta ser reconhecido como profissional importante na área da saúde, este ainda é visto, muitas vezes, como tratador/reabilitador mascarando com isso sua atuação no campo preventivo e de promoção à saúde²⁶. A inserção da Fisioterapia na APS é um processo em desenvolvimento, haja vista os movimentos teóricos iniciados por alguns estudiosos da área – Sampaio et al.²⁷; Ribeiro et al.²⁸; Ragasson et al.¹⁹; Vêras et al.²⁹ ;

Castro et al.¹⁶; Trelha et al.²⁶; Brandão et al.³⁰; Rezende et al.³¹ -, porém, este ainda é incipiente.

Neste contexto, verificou-se a necessidade de analisar a atuação do fisioterapeuta na atenção básica e discutir sobre a importância da sua inserção neste campo.

O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão bibliográfica integrativa para identificar e descrever as atuações da Fisioterapia na atenção primária, no Brasil e em outros países.

MÉTODOS

O presente estudo desenvolveu uma revisão bibliográfica integrativa - definida como aquela em que conclusões de estudos anteriormente conduzidos são sumarizadas a fim de que se formulem inferências sobre um tópico específico³². Foram conduzidas buscas bibliográficas no período de setembro de 2009 a abril de 2010. Os termos utilizados foram “fisioterapia”, “atenção primária à saúde” e “atenção básica de saúde”, com seus correspondentes em língua inglesa, nos seguintes bancos de dados: Bireme, CINAHL, Interscience, JAMA, Journals@Ovid, LILACS, MEDLINE, Nature (NPG), Oxford Journal, SciELO e ScienceDirect sem definir restrições. Os documentos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: publicação posterior ao ano de 2000, texto completo disponível on-line, abordar diretamente ações da fisioterapia e classificação na Escala PEDro maior ou igual a 4 (quatro) para estudos clínicos randomizados.

A Escala PEDro é a mais apropriada para estudos de fisioterapia³³. Contém 11 critérios proporcionando um escore entre 1 e 10, em que quanto maior o escore, melhor a qualidade

do estudo. Ela é baseada na lista de Delphi, considera dois aspectos relativos à qualidade do estudo clínico, que são a validade interna e o fato de o estudo clínico apresentar informação estatística suficiente que o torne interpretável. Acrescenta adequação do *follow-up* e análise da comparação entre grupos ³⁴.

Cabe ressaltar que, primeiramente, foi utilizado como critério de inclusão ponto de corte na Escala PEDro maior ou igual a 6 (seis) - o ponto de corte original desta escala para moderado nível de evidência ^{34,35}. Este ponto de corte foi utilizado em diversos estudos de revisão em várias áreas da Fisioterapia ^{35, 36, 37, 38, 39}. No entanto, ao empregar esse critério, poucos estudos seriam incluídos e, por se tratar de um tema considerado relevante, o ponto de corte foi reduzido para maior ou igual a 4 (quatro) ^{35, 36}.

Foram encontrados 123 artigos, destes 79 não estavam disponíveis ou apesar de fazerem referência no título, após a leitura da íntegra, não abordavam ações da Fisioterapia e, portanto, não foram incluídos no estudo. Os tipos de estudo dos 44 artigos incluídos foram classificados segundo Law *et. al* ⁴⁰. Destes, dois são revisões sistemáticas, 19 são estudos clínicos aleatorizados (ECA), quatro são estudos clínicos não randomizados (quasi-experimentais), 14 são estudos de coorte, dois são *guidelines* e três são opinião de profissionais respeitados.

Dos artigos incluídos, dois descrevem a atuação da Fisioterapia domiciliar; dois a descrevem em intervenções coletivas; dois em doenças crônicas e dor crônica; dois em Fisioterapia respiratória; um em idosos com dificuldades em mobilidade e atividades de vida diária (AVD); um sobre qualidade das orientações dadas pela Fisioterapia; seis refletem sobre a atuação do fisioterapeuta na APS e um descreve essa prática; 27 estudos tratam da Fisioterapia em patologias neuro-músculo-esqueléticas específicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 44 artigos incluídos, somente seis abordavam a atuação da Fisioterapia na atenção primária no Brasil enquanto os restantes registravam experiências mundiais.

Dentre os artigos nacionais, Castro *et al.*¹⁶ e Rezende *et al.*³¹ discutem sobre a importância da inserção do fisioterapeuta na ESF uma vez que este desenvolve ações de prevenção de agravos, promoção da saúde e é um profissional importante na reabilitação, capaz, portanto, de ampliar e reforçar a resolubilidade da atenção básica. Viana *et al.*⁴¹ refletem sobre as possibilidades de intervenção da Fisioterapia na APS, constatando a necessidade de alterações dos currículos acadêmicos tradicionais que não enfatizam a prática interdisciplinar na APS, corroborando assim, com a prática isolada do profissional historicamente centrada em ações curativas. Trelha *et al.*²⁶ descrevem as principais características do atendimento fisioterápico no município de Londrina (PR) e as dificuldades com relação a esta atividade profissional. Concluem que, a inserção deste profissional se faz de forma lenta, apesar de se saber que, por meio de sua atuação pode-se reduzir a demanda de atendimento em outros espaços de assistência à saúde. Brandão³⁰ descreve os benefícios da intervenção fisioterapêutica em caráter coletivo para mulheres durante a gestação, parto e puerpério. Os resultados demonstram que houve redução na incidência de câimbras, dispnéia, constipação, frequência de perdas urinárias, vitalidade, compensações posturais e algias, apesar de a dor ainda interferir nas atividades dessas mulheres. Aquino *et al.*⁴² avaliaram a eficácia da intervenção da Fisioterapia coletiva, realizada em unidades básicas de saúde de Divinópolis (MG), na melhora da qualidade de vida de seus usuários, comprovando que esta intervenção é eficaz para melhorar os aspectos

de capacidade funcional e estado geral de saúde, que interferem na qualidade de vida do indivíduo.

É preocupante identificar a reduzida quantidade de publicações nacionais específicas da Fisioterapia em APS e sua baixa qualidade metodológica enquanto evidência científica, em contraste com a vasta literatura referente às categorias inclusas na ESF. Segundo Rezende³¹, embora a diretriz do Ministério da Saúde para a composição das equipes básicas não seja restritiva, ela tem sido co-responsável por manter ainda tímido o debate sobre a incorporação, as ESF, das denominadas “outras categorias profissionais”. Esses fatos podem ser atribuídos aos projetos pedagógicos dos cursos brasileiros de Fisioterapia que ainda apresentam restrita abordagem de APS, poucas oportunidades de aprendizado em equipe multiprofissional que, até este momento, estão estruturados dentro do modelo biomédico. Outro fato importante é a reduzida oferta de especializações *stricto e lato sensu* nesta área.

A maioria dos artigos internacionais estão concentrados na Europa – sendo 12 do Reino Unido, nove da Holanda, cinco da Espanha, dois da Finlândia, um da Noruega, um de Portugal e Espanha, um da Suécia e um da Suíça. Já em outros continentes foram selecionados: dois da Austrália, um da África do Sul, um do Canadá, um dos Estados Unidos e um da China.

Dentre os artigos europeus, observa-se maior número de publicações na Espanha, Holanda e Reino Unido, sendo que o último destaca-se. Estes países adotam sistemas de saúde descritos entre os melhores do mundo e apresentam similaridades de diretrizes e princípios ao SUS⁵. No Reino Unido, por exemplo, a porta de entrada do NHS (*National Health System*) são os *Primary Care Groups* compostos por médico generalista e enfermeira, tendo como rede de referência os *Primary Care Trusts* que contam com terapeutas ocupacionais,

fisioterapeutas e assistentes sociais. No NHS existem instâncias próprias para o desenvolvimento de linhas de pesquisas. Uma delas é *National Service Frameworks* que desenvolve protocolos padronizados sobre o caminho mais eficaz a ser percorrido dentro do NHS para as condições de saúde e doenças mais frequentes. Outra é *National Institute for Clinical Excellence* que busca estabelecer os melhores tratamentos e intervenções para as condições de saúde e doenças mais frequentes (*guideline*), que, após discutidos e aprovados, são instituídos como abordagem standardizada em todo NHS ⁴³. Neste sistema se faz importante desenvolver, entender e documentar as ações em medicina comunitária com sua rede ampliada, o que corrobora com a quantidade de artigos encontrados. Embora o fisioterapeuta integre a atenção básica no NHS, parece desenvolver mais ações no âmbito curativo, tendo em vista que 11 dos 12 artigos ingleses encontrados abordam a intervenção fisioterápica em alterações de estrutura e função do corpo.

Em contrapartida, o número de artigos dos demais continentes foi extremamente reduzido. Com relação ao continente americano, este fato é compreensível por ainda não aplicarem extensamente o conceito de saúde ampliada ou por adotarem um modelo segmentado, calcado em valores individualistas e de mercado como o dos Estados Unidos ⁴⁴; exceção feita ao Canadá.

O Canadá apresenta um sistema de saúde socializado, com administração pública provincial autônoma, abrangente, universal e acessível, que prima pela medicina da família ⁴⁵. O fisioterapeuta é um profissional da atenção primária neste país. Tem significativa participação na promoção de saúde e prevenção de agravos de doenças, incapacidades e disfunções, busca manter e melhorar a força, função, movimento e bem-estar geral do indivíduo em prol de uma melhor mobilidade e independência ⁴⁶.

Na maioria dos estudos internacionais, podemos perceber a ênfase na atenção curativa, fundada em uma visão biológica da doença, com uma abordagem dos problemas de saúde restrita aos aspectos fisiopatológicos. Assim, distancia-se da discussão em torno dos determinantes socioeconômicos preponderantes na análise do processo saúde/doença e na intervenção sobre esses problemas ²⁸.

López-Liria *et al.* ⁴⁷ e Mitchell *et al.* ⁴⁸ abordam o atendimento de Fisioterapia domiciliar. O primeiro é uma revisão da literatura que constata ações de Fisioterapia domiciliar na Espanha desde 1987 até agosto de 2008. Concluem que a Fisioterapia domiciliar é reconhecida como serviços de atenção primária (Espanha: Decreto-Lei 28/2008, de 22 de fevereiro ⁴⁹); porém, existem poucas evidências científicas sobre a efetividade destes serviços, a satisfação do usuário e as repercussões do tratamento. O segundo é um estudo clínico randomizado e conclui que, embora a Fisioterapia domiciliar seja efetiva e satisfatória para os pacientes, o custo desta é maior quando comparado ao atendimento ambulatorial.

Diversos autores abordam a intervenção fisioterápica na APS em determinadas condições neuro-músculo-esqueléticas. Os autores Lewis *et al.* ⁵⁰, Ylinen *et al.* ⁵¹, Saturno *et al.* ⁵², Ingeborg *et al.* ⁵³ abordam a atuação fisioterápica em cervicalgia. Lewis *et al.* ⁵⁰, em um ECA, comparam o custo-benefício de três tipos de intervenção: orientações e exercícios; orientações, exercícios e terapia manual; orientações, exercícios e diatermia por ondas curtas pulsadas. Concluem que a intervenção com melhor custo-benefício são as duas primeiras. Ylinen *et al.* ⁵¹ propõem treino ativo de força e resistência da musculatura cervical comparando com grupo controle (orientações, alongamentos e ganho de ADM). Concluíram que ocorreu uma diminuição da dor cervical e melhora na função no grupo de intervenção. Saturno *et al.* ⁵² avaliam a confiabilidade e validade de vários *guidelines*

utilizados na Espanha. Concluíram que foi encontrado considerável variabilidade nas recomendações dos *guidelines*. Esta variabilidade evidencia a baixa confiabilidade e validade entre os *guidelines* avaliados. Ingeborg *et al.*⁵³ compararam, através de estudo clínico randomizado, o custo e a efetividade das intervenções de médico generalista, do terapeuta manual e do fisioterapeuta. Este intervém por meio de estabilização, alongamentos, exercícios posturais e de relaxamento. Concluíram que a terapia manual apresenta um menor custo do que o tratamento da fisioterapia convencional e médico generalista.

Os autores Jamtvedt *et al.*⁵⁴ e Porcheret *et al.*⁵⁵ abordam a intervenção da fisioterapia em Osteoartrite (OA) de joelhos. Jamtvedt *et al.*⁵⁴ investigaram o tipo mais frequente de intervenção para OA de joelhos por meio de um auto-relato dos fisioterapeutas. Identificou que a intervenção mais utilizada é cinesioterapia (98%) – suportada por evidência de alta qualidade. Menos de 35% utilizam eletroestimulação transcutânea, laser ou acupuntura - suportada por moderada qualidade de evidências – e massoterapia é a intervenção mais frequentemente utilizada (54%) – não suportada por evidência científica. Concluem que as características do profissional influenciam mais na escolha da modalidade terapêutica do que as características do paciente. Porcheret *et al.*⁵⁵, por meio de uma revisão sistemática, buscaram identificar os tipos de tratamento para OA de joelhos e dor em joelhos em idosos. A partir disto, realizou um consenso sobre as abordagens mais frequentes com o *Primary Care Rheumatology Society* para alocar as intervenções em um modelo de tratamento dividido em níveis. 27 intervenções foram identificadas em 77 publicações e estas foram alocadas em quatro níveis de tratamento. No nível um foram dispostas 10 intervenções, sendo a maioria questões de auto-cuidado (exercícios, perda de peso, uso de paracetamol, informações escritas, tempo para repouso articular e termoterapia). Os níveis dois e três

foram propostas intervenções aplicáveis na população com dor persistente ou incapacidade. No nível dois foram dispostas 10 intervenções (acupuntura, eletroterapia, educação, fisioterapia, palmilhas corretivas, caminhada, medicação dos grupos não-esteroidal não seletivo e opióides analgésicos e seguir as recomendações do nível anterior). No nível três foram propostas seis intervenções (aplicação de esteróides e ácido hialurônico intra-articular, TENS, drogas de ação lenta para sintomas de OA, anti-inflamatório não-esteroidal tópico, terapia ocupacional, terapia comportamental cognitiva). O nível quatro refere-se à cirurgia. Concluem que *guidelines* para tratamento de OA e dor em joelhos vem sendo desenvolvidos somente em atenção secundária e que o modelo de tratamento e de desenvolvimento de *guidelines* apresentado no estudo pode ser utilizado na atenção primária.

Os autores Albaladejo *et al.*⁵⁶, Bell *et al.*⁵⁷, van der Roer *et al.*⁵⁸, Pinnington *et al.*⁵⁹, Bekkering *et al.*^{60, 61}, Lambeek *et al.*⁶², Nordeman *et al.*⁶³ abordam a intervenção da fisioterapia em lombalgia. Albaladejo *et al.*⁵⁶, em um ECA, comparam a eficácia de um curto programa de educação (cartilha e palestra de 15 minutos sobre hábitos saudáveis alimentares) com um curto programa de educação (intervenção do grupo controle) mais exercícios aeróbicos e com um curto programa de educação (além da intervenção do grupo controle, mais uma palestra de 15 minutos sobre orientações posturais) e tratamento fisioterápico (quatro sessões de fisioterapia de uma hora de exercícios e alongamentos) para dor lombar. Concluem que a adição de um curto programa de fisioterapia composto de orientações posturais e exercícios, aumenta a eficácia do tratamento para dor lombar. Bell *et al.*⁵⁷ realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de examinar a eficácia dos exercícios na redução da incidência, da intensidade e do impacto da dor lombar no trabalho. Concluíram que, devido a pobre qualidade metodológica dos estudos e resultados

contraditórios, havia apenas evidências limitadas de apoio à utilização de exercício para evitar episódios de lombalgia no local de trabalho - embora haja forte evidência que o exercício foi eficaz na redução da gravidade da dor lombar. Van der Roer *et al.* ⁵⁸ compararam o *guideline* alemão para dor lombar com um grupo de treinamento intensivo, que combina cinesioterapia, educação e princípios comportamentais. Concluem que o grupo de intervenção tende a uma redução da intensidade da dor, e maior eficiência em aprendizado e auto-cuidado. Pinnington *et al.* ⁵⁹ buscaram avaliar a acessibilidade e os custos do pronto acesso à Fisioterapia em novos episódios de lombalgia. A intervenção fisioterápica consistia em avaliação e orientações, além de uma abordagem biopsicossocial. O pronto acesso foi considerado benéfico, comparando-se aos custos e a efetividade. Bekkering *et al.* ⁶⁰, em ECA, compararam estratégias ativas a orientações padronizadas para implementar o *guideline* holandês para lombalgia. Concluem que não está claro qual a intervenção mais efetiva, mas que estratégias ativas são importantes na implementação do *guideline*. Em outro estudo de Bekkering *et al.* ⁶¹, comparou-se o *guideline* holandês para tratamento da lombalgia a uma intervenção que consistiu em: seguir o *guideline* acrescentando-se uma estratégia de treinamento ativo (duas sessões de educação e discussões em grupo). Os autores não encontraram nenhum benefício em implementar a estratégia ativa juntamente com o *guideline* para pacientes com lombalgia crônica. Lambeek *et al.* ⁶², em ECA, comparou duas práticas para reduzir as incapacidades no trabalho e no dia-a-dia geradas pela dor lombar: cuidados médicos usuais a uma prática integrada de cuidados. A prática integrada contava com ações de médicos do trabalho, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, com orientações ergonômicas, comportamentais e exercícios físicos. Concluíram que a prática integrada tem melhores resultados na redução das incapacidades no trabalho e nas atividades diárias. Nordeman *et al.* ⁶³ discorrem sobre a

importância de um atendimento imediato à fisioterapia para o tratamento da dor lombar subaguda. Os resultados não mostraram diferenças significativas na melhora da dor entre o grupo de atendimento imediato (até dois dias) e o grupo que procurou atendimento após quatro meses. Após seis meses, a melhora no quadro de dor foi significativamente maior no grupo que procurou atendimento imediato.

Miller *et al.*⁶⁴ exploraram uma forma de motivar os pacientes com dor nos ombros e coluna para realizarem o auto-cuidado. Cada paciente recebeu um vídeo, desenvolvido pelos fisioterapeutas, com instruções e exercícios para serem realizados em casa e auxiliar nas consultas de rotina de fisioterapia. Conclui-se que os vídeos são úteis para os pacientes e pode ser adotado como uma ferramenta de apoio para tratamento fisioterápico. Ryall *et al.*⁶⁵ pesquisaram os fatores determinantes para o prognóstico fisioterápico de pacientes com dor em membros superiores. Os fatores determinantes foram dor contínua, sexo masculino, tabagismo e dor crônica em outros lugares do corpo.

Moffett *et al.*⁶⁶ e Manca *et al.*⁶⁷ abordaram cervicalgia e dorsalgia. O primeiro, comparou a efetividade de um breve programa de fisioterapia utilizando princípios cognitivos-comportamentais a métodos cinesioterápicos (princípios de *McKenzie*), comumente utilizados. Ambas intervenções resultaram em importante melhora clínica. O segundo, analisou o custo-benefício de duas intervenções fisioterápicas. Uma das intervenções baseava-se em orientações, programa de exercícios, massoterapia, mobilização e manipulação, a outra em técnica de *McKenzie*. Concluíram que a técnica *McKenzie* é a intervenção com melhor custo-benefício para tratamento de dorsalgia e cervicalgia.

James *et al.*⁶⁸, Mitchell *et al.*⁶⁹, Thomas *et al.*⁷⁰, abordaram intervenções em pacientes com dor em ombros. James *et al.*⁶⁸ compararam o custo-benefício de duas intervenções para dor em ombro unilateral: injeções locais de corticosteróides (duas aplicações) ou oito sessões

de fisioterapia, 20 minutos cada, por mais de seis semanas. O melhor custo-benefício foi encontrado na primeira intervenção, uma vez que em somente duas sessões, houve melhora da dor. Mitchell *et al.* ⁶⁹ discorrem sobre o diagnóstico e tratamento da dor nos ombros. Afirmam que a dor nos ombros é um problema musculoesquelético comum e importante, que o tratamento deveria ser multidisciplinar, incluindo orientações, medidas analgésicas e acesso à fisioterapia. Thomas *et al.* ⁷⁰ examinaram se a preferência inicial por um tratamento pode interferir nos resultados. Ao sugerir tratamentos com injeção de esteróide ou fisioterapia, 40% dos pacientes (amostra de 207 adultos com dor unilateral em ombro) preferiam a injeção de esteróide, 20% a fisioterapia e 40% não tinham preferência. O estudo sugere que a preferência inicial por um tratamento pode afetar o resultado.

Hay *et al.* ⁷¹ abordam a efetividade da intervenção fisioterápica e farmacológica em pessoas com dor em joelhos e idade acima de 55 anos. Dentre as ações da fisioterapia, incluiu-se educação sobre a importância do exercício físico, sobre medidas analgésicas e estratégias de enfrentamento da dor, além de um programa individualizado de exercícios. Após essas intervenções, houve redução do uso de anti-inflamatórios não-esteroidais e alto nível de satisfação dos pacientes.

Verhoef *et al.* ⁷² e Swärdh *et al.* ⁷³ abordaram a fisioterapia em doenças reumatológicas. Verhoef *et al.* ⁷² avaliaram a viabilidade de redes regionais de fisioterapia em educação continuada em reumatologia. O objetivo dessas redes é melhorar a provisão do cuidado por fisioterapeutas em atenção primária por meio do aprendizado do conhecimento específico, técnico e habilidade comunicativa e a cooperação com reumatologistas. O programa de educação continuada consistiu em cinco dias de curso, *workshop* bimestrais e aulas práticas. Após esse treinamento, o número de pacientes tratados pelos fisioterapeutas que participaram das redes e a satisfação dos pacientes aumentou significativamente.

Swärdh et al.⁷³ discutiram sobre as variações que ocorrem quando pacientes com artrite reumatóide devem realizar exercícios sem acompanhamento direto do fisioterapeuta. 18 pacientes realizaram exercícios regulares pelo menos duas vezes por semana durante dois meses, acompanhados por fisioterapeutas e após a alta, deveriam manter os mesmos exercícios por mais um ano. Os resultados ressaltam que é importante encontrar um contexto próprio de cada paciente para que haja um melhor entendimento e estes realizem a manutenção dos exercícios independentemente.

Pisters⁷⁴ compara o *guideline* para OA de quadril a um grupo experimental de programa de exercícios comportamentais. O primeiro consiste em recomendações gerais, enfatizando a provisão da informação, exercício e encorajamento de uma atitude positiva de enfrentamento dos sintomas. O segundo é *behavioural graded activity trial* direcionado ao aumento do tempo efetivo em cada atividade, objetivando a integração destas nas atividades de vida diária. Inclui também exercícios individuais adaptados visando redução de qualquer limitação na *performance* destas atividades e material educacional. Conclui que a *behavioural graded activity* resultou em maior adesão aos exercícios e atividade física tanto à curto quanto à longo prazo.

Luijsterburg et al.⁷⁵ abordam a fisioterapia na ciatalgia. Comparam a ação conjunta de fisioterapeutas e médicos generalistas com somente abordagem médica. No protocolo da fisioterapia, incluía-se cinesioterapia e educação sobre o tema. Os resultados indicaram que a fisioterapia é eficaz em relação ao efeito global percebido em pacientes com severa disfunção causada pela ciatalgia e por isso, a prática conjunta é mais efetiva.

Outras abordagens com foco em diferentes condições de saúde foram identificadas. Bastiaenen et al.⁷⁶, em um estudo coorte longitudinal, abordaram a atuação da fisioterapia em gestantes, por meio de estratégias de controle da dor em cintura pélvica e coluna lombar

e discussões sobre o tema. O grupo controle recebeu atendimento usual (educação, grupos de discussão, controle da dor em AVD). No grupo experimental a intervenção foi educação (explicações sobre os sintomas durante a gravidez, etiologia da dor, fatores que contribuem para o aparecimento da dor e para flutuação dos sintomas), auto-gerenciamento da dor e encorajamento para retornar as atividades que foram descartadas pela presença da dor por meio da realização de um plano de ação para atividades específicas. Os resultados demonstram que houve independência para o gerenciamento e redução da dor no *follow up* de 3 semanas e após 1 ano. Concluem que é preciso mais interesse dos fisioterapeutas pela área, abordar o paciente do ponto de vista biopsicosocial, desenvolver protocolos claros e capazes de serem padronizados.

Tse *et al.*⁷⁷ e Burnham *et al.*⁷⁸ abordam Fisioterapia em doenças crônicas e dor crônica.

Tse *et al.*⁷⁷ afirmam que a medida que a expectativa de vida aumenta, a incidência de doença crônica e dor crônica também aumenta. A dor crônica priva os idosos de sua qualidade de vida e da mobilidade funcional, o que os leva à atrofia muscular. As pessoas idosas são muitas vezes relutantes à dor, pois acreditam que é um elemento natural do envelhecimento. Neste estudo, buscou-se intervenções não-farmacológicas para tratamento da dor crônica. Utilizou-se imagens afetivas nas sessões de fisioterapia com pacientes idosos. Constatou-se diminuição significativa da dor sendo, portanto, uma intervenção não-farmacológica eficaz no controle da dor para idosos.

Burnham *et al.*⁷⁸ descrevem o desenvolvimento e resultados de um programa multidisciplinar de tratamento da dor crônica, em um centro de saúde no Canadá. A equipe multidisciplinar consistia em médicos, fisiatras, psicólogos, fisioterapeutas, cinesiologistas, enfermeiros e nutricionistas.

A equipe selecionava um dos 4 modos de tratamento: 1- uma consulta somente (que incluía processo educativo, orientações sobre modificações nas atividades e exercícios domiciliares orientados pelo fisioterapeuta); 2- programa de atividade física mais anestesia local; 3- Medicamentos; 4- Tratamento multidisciplinar. Os resultados mostraram que é viável estabelecer programas multidisciplinares para tratamento da dor crônica, mas que ainda é um desafio atrair profissionais qualificados para a assistência primária à saúde. Conclui que a assistência médica, de enfermagem, nutrição e fisioterapia estão frequentemente disponíveis nas comunidades rurais, mas os serviços de psicologia ainda são escassos.

Por sua vez, Valero *et al.*⁷⁹ e Brunton *et al.*⁸⁰, abordam a intervenção de Fisioterapia respiratória. Valero *et al.*⁷⁹ fornecem uma visão global do tratamento dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) na atenção primária. Comparam o tratamento pelas diretrizes clínicas e pela implementação de programas de educação nos centros de cuidados primários ou nos domicílios. Este programa de educação consistiu em informações para os profissionais de saúde a partir da história clínica e da entrevista ao paciente; curso de 20h para os profissionais com os seguintes aspectos: diretrizes clínicas, tratamento motivacional, avaliação, redução do tabagismo, correção do uso de inaladores, dietas, exercício físico e fisioterapia. Após a conclusão do curso, os profissionais repassavam as informações aprendidas aos pacientes, implementando assim o programa de educação e conscientização dos pacientes com DPOC. Concluem que o programa de educação e conscientização para profissionais e pacientes no contexto da atenção primária pode resultar em um aumento da qualidade de vida e uma diminuição da exacerbação da doença, em comparação com a prática clínica padrão. Brunton *et al.*⁸⁰ buscaram desenvolver um consenso sobre o tratamento apropriado para exacerbação aguda de bronquite crônica (EABC). Descrevem dois tipos de tratamento: o tratamento de suporte

(remoção de irritantes, o uso de um broncodilatador, oxigênio, hidratação, uso de corticóide sistêmico, e fisioterapia respiratória) e o tratamento antibacteriano. Concluem que o tratamento antibacteriano deve ser reservado para pacientes com pelo menos um sintoma-chave (aumento da dispnéia, produção de escarro, secreção purulenta) e um fator de risco (idade ≥ 65 anos, o volume expiratório forçado em 1 segundo $<50\%$ do previsto valor ≥ 4 EABC em 12 meses, uma ou mais co-morbidades). Logo, o tratamento de suporte é importante no tratamento de pacientes com EABC, já que a antibioticoterapia é mais aplicável em casos restritos.

No campo da educação e promoção em saúde tem-se Leskelä *et al.*⁸¹ que abordam a eficácia da educação em saúde quando orientada pelo fisioterapeuta. PazLourido *et al.*⁸², Ramklass *et al.*⁸³ e MesaRuiz *et al.*⁸⁴ refletem sobre o papel da Fisioterapia e a contextualizam na APS, em zonas rurais e em áreas com poucos recursos, além de traçar um paralelo entre a elevada demanda dos usuários e o reduzido número de profissionais para atendê-los. Leskelä *et al.*⁸¹ comparam as percepções dos pacientes que receberam orientações em um ambulatório privado de fisioterapia e em um serviço público de fisioterapia. Os resultados do estudo mostraram que ambos os clientes da fisioterapia ficaram satisfeitos com o tratamento e com as orientações que receberam. Concluem deve ser dada mais atenção a prática da informação do paciente, uma atividade rotineira ao serviço de fisioterapia. Ressaltam também que a cobertura dos serviços de reabilitação na Finlândia é adequado, mas pouca informação é disponibilizada aos usuários do serviço sobre o próprio serviço. PazLourido *et al.*⁸² contextualizam a fisioterapia comunitária de acordo com a construção social da saúde e doenças, a contribuição dos fatores sociais e outros fatores relacionado a saúde, assim como as teorias sistêmica. Concluem que o papel do fisioterapeuta na comunidade pode incluir um número amplo de estratégias, desde

intervenções terapêuticas com grupos até prevenção e processos educacionais para a saúde. Em qualquer caso, trabalhar com comunidades deve levar o profissional a um processo reflexivo, em que se analisem as condições insalubres da comunidade e mudanças globais e intersetoriais, para incrementar os índices de saúde da população. Ramklass *et al.*⁸³ avaliaram a forma como o primeiro grupo de estagiários em fisioterapia comunitária na África do Sul experimentou este tempo e como se sentiam em relação a sua graduação, se os preparou para a essa prática ou não. Concluem que a Fisioterapia baseada na comunidade foi subestimado no currículo em relação à prática de oportunidades dentro dos hospitais e clínicas. O currículo não foi baseado para fazer avançar a papel do fisioterapeuta como agente socialmente responsável e prestam pouca atenção aos conhecimentos sócio-culturais e relações interprofissionais. O conhecimento acadêmico da Fisioterapia sozinho foi insuficiente para desempenhar os múltiplos papéis exigidos como gestor, como membro de uma equipe multidisciplinar de saúde, educador e defensor da justiça social. MesaRuiz *et al.*⁸⁴ afirmam que há uma pequena razão de fisioterapeutas por habitante (1 fisioterapeuta de AP por cada 20.980 habitantes), necessitando um aumento no número de profissionais.

Essa produção teórica concentrada em intervenções clínicas individuais corrobora com a ênfase curativa percebida também no Brasil, e contravém a determinação e abrangência da APS que foram propostas como doutrina universal na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978⁷. Até hoje esse movimento ideológico a respeito da APS continua como tendência mundial de visão ampliada em saúde, haja vista o Relatório Mundial de Saúde de 2008 cujo lema é “*Atenção primária: agora mais que nunca*”⁸⁵.

No Brasil, a APS demonstra sinais de crescimento desde a criação do SUS e implementação de políticas públicas como o PSF. Esse modelo já é um grande avanço, mas

ainda não consegue compreender o indivíduo em sua integralidade, pois, até então, organiza-se de forma fragmentada e hierarquizada e não em redes poliárquicas. Segundo Mendes ⁸⁶, redes poliárquicas são um conjunto de serviços vinculados entre si, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Essas redes são coordenadas pela APS com responsabilidades sanitária e econômica por esta população. Prestam o cuidado no tempo, lugar, custo e qualidade certos, de forma humanizada. Para a adequada implantação dessas redes, se faz importante uma redefinição no perfil dos profissionais ⁸⁷.

Neste conceito de redes, figuram os NASF, que são o principal espaço de inserção do fisioterapeuta na APS. Porém, segundo Castro ¹⁶, este profissional possui habilidades ímpares, que contribuiriam para a concretização das propostas de multidisciplinaridade, resolubilidade e integralidade, pilares do PSF dentro das políticas de saúde do SUS. Isso justificaria a inclusão do fisioterapeuta na ESF, e não somente como núcleo de apoio.

Apesar de a Fisioterapia vir conquistando este espaço, não se encontram atribuições específicas do fisioterapeuta na APS nos documentos oficiais brasileiros ^{2,4}. Autores como Gallo ⁸⁸, Trelha *et al.* ²⁶ e Rossi *et al.* ⁸⁹ corroboram com o trabalho de Ragasson *et al.* ²⁰, que a partir da vivência prática de fisioterapeutas em Residência em Saúde da Família de Londrina (PR), descreveram as atribuições gerais e específicas deste profissional na equipe. Dentre as atribuições específicas dos fisioterapeutas propostas por Ragasson *et al.* ²⁰ pode-se citar as que seriam inerentes a sua formação profissional, como a assistência integral em todas as fases do ciclo da vida. Assim como, a prescrição e orientação de atividades físicas a fim de prevenir complicações - que levam às incapacidades - decorrentes de doenças crônico-degenerativas e em patologias específicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *mellitus*, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase. O fisioterapeuta deve realizar os

procedimentos ou técnicas fisioterápicas em idosos e/ou pacientes restritos ao lar. Também, orientar a família ou responsável sobre os cuidados convenientes a fim de evitar as complicações nestas situações; atuando assim, no campo preventivo. Do mesmo modo, tem o encargo de desenvolver atividades físicas e culturais para a terceira idade, preservando a independência funcional do idoso, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo complicações decorrentes do envelhecimento. É imprescindível ao trabalho de atenção primária do profissional fisioterapeuta o atendimento domiciliar, pois é quando ele se depara com a realidade das pessoas. Podendo assim, verificar suas atividades de vida diária, suas limitações e proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso. Além dessas atribuições, o fisioterapeuta deve atender de forma integral as famílias por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, visando a assistência das pessoas portadoras de deficiências e incapacidades ou desassistidas, promovendo assim a inclusão social.

Ainda segundo Ragasson et al.²⁰, as atribuições gerais do fisioterapeuta seriam integrativas com as da equipe ESF como: participar de equipes multiprofissionais destinadas a planejar, instaurar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública. Também, contribuir para planejamento, investigação e estudos epidemiológicos, bem como promover e participar de estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação. Com relação à diretriz do SUS de participação social, o fisioterapeuta pode integrar-se aos órgãos colegiados de controle social e encaminhar às autoridades de fiscalização profissional relatórios sobre condições e práticas inadequadas à saúde coletiva e/ou impeditivas do adequado processo de trabalho. Referente à vigilância sanitária e epidemiológica, o fisioterapeuta pode participar de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva, integrar Comissões Técnicas de regulamentação e

procedimentos relativos à qualidade, à eficiência e aos riscos sanitários dos equipamentos de uso em Fisioterapia. Na área da saúde do trabalhador, deve promover ações terapêuticas preventivas aos processos que levam à incapacidade funcional laborativa; analisar os fatores ambientais contributivos para distúrbios funcionais e desenvolver programas coletivos para a diminuição destes riscos ²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fisioterapia ainda está focada no modelo curativo, sem desta forma conhecer, usufruir e ocupar todas as formas e espaços possíveis de ação dentro do modelo integrativo sob a visão ampliada de saúde, principalmente no que se refere a APS.

No Brasil, o PSF e a implementação da residência em Saúde da Família desencadearam a necessidade de adequação dos recursos humanos à prática desafiadora da integralidade.

No que diz respeito à Fisioterapia, ainda há muito a ser feito, desde a formação na graduação até a prática profissional.

Nesta revisão integrativa, constatou-se a ausência de indicadores epidemiológicos sobre as condições de saúde em que a Fisioterapia contribui para a resolubilidade e integralidade do cuidado na APS. Há pouco investimento dos profissionais dos serviços de atenção primária em levantar e documentar esses dados. Também, há reduzido número de indicadores na literatura que fundamentam e norteiam a atuação da Fisioterapia em APS, assim como há um incipiente movimento teórico sobre quais tipos de estratégias e processos de trabalho que poderiam ser utilizados por estes profissionais.

Saber onde atuar, o que fazer e como fazer é o princípio de uma delimitação clara das atuações da Fisioterapia em qualquer campo de ação.

Conclui-se que são necessários mais estudos da Fisioterapia na APS a fim de eleger estes indicadores, definir estratégias e estabelecer processos de trabalho.

COLABORADORES

PC Silva e RM Ribeiro foram responsáveis pela condução teórica e metodológica, e trabalharam na elaboração e redação final do texto; AMCS Câmara foi responsável pela orientação teórica e metodológica e revisão final do texto.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro JM. Modelos de atenção à saúde. In: Carvalho AI, Goulart, FA. Gestão em saúde (Unidade II: Planejamento da atenção à saúde). Rio de Janeiro/Brasília: Ed. Fiocruz; 1995: 95-98 apud Goulart, FAA. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para modelos de atenção à saúde. Informe epidemiológico do SUS 8(2): 17-26, 1999.
2. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. [acessado 2010 Maio 12];[68 p.]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf].
3. Campos, GWS. Sobre a reforma dos modelos de atenção: um modo mutante de fazer saúde, Saúde Debate, 37:16-19, 1992.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2. ed. Brasília; 2009 [acessado 2010 Maio 12];[52 p.]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf].
5. Silva SF. A Saúde na Espanha e comparação com o Brasil. In: Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS. Brasília 2007. [acessado 2010 junho 10]. Disponível em: [www.conasems.org.br/files/Saude_Espanha_comparacao_Brasil_jul_07.pdf].
6. Goulart, FAA. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para modelos de atenção à saúde. Informe epidemiológico do SUS 8(2): 17-26, 1999.
7. Panamerican Health Organization. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, Setembro 1978. [acessado 2010 maio 19];[3 p.]. Disponível em: [<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>].

8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. [acessado 2010 maio 16]; [726 p.]. Disponível em: [<http://www.scribd.com/doc/16362913/Atencao-Primaria-Barbara-Starfield>].
9. Brasil. Departamento de Atenção Básica. A Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2008. [acessado 2010 Junho 4]; [cerca de 1 p.] Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php].
10. Czeresnia D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. In: Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003. Disponível em: [www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE201267F9A54570102/TT_AS_02_DCzeresnia_AcoesPromocaoSaude.pdf].
11. Organização das Nações Unidas (ONU). Normas sobre Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência. A.G. res 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202 Disponível em: [http://www.unsct.org/unsct/en/general_assembly_all.html].
12. Leavell S, Clark EG. Medicina Preventiva. SP: (1976) apud Czeresnia D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. In: Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003 [acessado 2010 Abril 10];[35 p.]. Disponível em:[www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE201267F9A54570102/TT_AS_02_DCzeresnia_AcoesPromocaoSaude.pdf].
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). A carta de Bangkok para a promoção da Saúde em um mundo globalizado. In: Sexta Conferência Global de promoção da Saúde, Bangkok, Tailândia, Agosto, 2005. [acessado 2010 Fevereiro 17];[6 p.]. Disponível em: [www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf].
14. _____. Carta de Ottawa. In: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 1986. [acessado 2010 Fevereiro 17];[5p.]. Disponível em: [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf].
15. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. . Ciênc. Saúde Coletiva 2000; 5:163-78.
16. Castro, SS et.al. Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. Fisioter. mov 2006; 19(4): 55-62.
17. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. Rev. bras. fisioter. 2005; 9 (2): 129-136.
18. Senna MC. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2002; 18, (suppl.): 203- 211.
19. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. [acessado 2010 abril 10];[37 p.]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf].
20. Ragasson CAP, Silva DCA, Comparin K, Mischiati MF, Gomes JT. Experiência baseada na Residência em Saúde da Família (RSF), desenvolvida na UNIOESTE-campus Cascavel em parceria com o Ministério da Saúde [Monografia] Cascavel (PR), 2004 [acessado 2010 maio 10]. Disponível em: [www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes_psf.rtf].

21. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 1999; 4:393-404.
22. _____. Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, 2007.
23. Brasil. Lei Federal. Portaria GM nº. 154, de 24 de Janeiro de 2008. [acessado 2010 maio 10]; Disponível em: [http://200.137.177.147/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154_nasf.pdf].
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf . Brasília; 2009. [acessado 2010 Maio 12];[164 p.]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/cab_n_27_diretrizes_do_nasf.pdf].
25. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução Nº. 80, de 9 de maio de 1987. [acessado 2010 julho 02]; [cerca de 2 p.]. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1007&psecao=9].
26. Trelha CS, Silva DW, Iida LM, Fortes MH, Mendes TS. Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Espaço. Saúde*, 2007; 8 (2): 20-25.
27. Sampaio RF, Drummond AF, Maciel RV, Silva PTG. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de Fisioterapia. *Fisioter. mov*, 2005; 18(1): 11-17.
28. Ribeiro, KSS. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde – reflexões a partir de uma experiência universitária. *Fisioter. Bras* 2002; 3 (5): 311-318.
29. Vêras MMS, Pinto VPT, Oliveira EM, Quinderé PHD. A fisioterapia no programa de saúde da família de Sobral – CE. *Fisioter. Bras* 2005, 6(5):345-348.
30. Brandão, ACS. A fisioterapia na atenção básica: atuação com gestantes em caráter coletivo. *Fisioter. Bras* 2008; 9(2): 86-92.
31. Rezende MA. Equipe multiprofissional da ‘Saúde da Família’: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(Supl. 1): 1403-1410.
32. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* 1987; 10: 1-11 apud Barbosa LR, Melo MRAC. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(2): 366-70.
33. Physiotherapy evidence database (PEDro). Disponível em: [www.pedro.org.au/] [acessado 2010 julho 02]; [cerca de 2 p.].
34. Maher CG, Sherrington C, Herbert RD, Moseley AM, Elkins M. Reliability of the PEDro Scale for Rating Quality of Randomized Controlled Trials, *Phys. Ther.* 83(8) 2003: 713-721.
35. _____. A systematic review of workplace interventions to prevent low back pain. *Aust. J Physiother.*, 2000, 46 (4):259-269, Disponível em: [<http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=12001005108>] [acessado 2010 julho 02].
36. Viswanathan P, Kidd M. Effects of continuous passive of motions following total knee arthroplasty on knee range of motion and function: a systematic review. *NZ J Physiother.* 2010, 38 (1):14-22.
37. Woodley BL, Newsham-West RJ, Baxter GD. Chronic tendinopathy: effectiveness of eccentric exercise; *Br J Sports Med* 2007;41:188-198.

38. Vernon H, Humphreys BK. Chronic Mechanical Neck Pain in Adults Treated by Manual Therapy: A Systematic Review of Change Scores in randomized Controlled Trials of a Single Session. *J Man Manip Ther.* 2008; 16(2): E42–E52.
39. Berghmans LC, Hendriks HJ, De Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES, Bø K, van Kerrebroeck PE. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int.* 2000;85(3):254-63.
40. Law M, Philp I. Systematically reviewing the evidence. In: Law M. *Evidence-based rehabilitation: a guide to practice.* Thorofare (NJ): SLACK Inc; 2002 apud Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para a síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter.* 2007, 11(1): 83-89.
41. Viana SO, Mereny, A, Sampaio RF, Furtado RS. Fisioterapia na atenção primária: uma experiência de integração entre ensino, serviço de saúde e assistência a comunidade. *Rev. bras. fisioter* 2003; 7(2):159-165.
42. Aquino CF, Augusto VG, Moreira DS, Ribeiro S. Avaliação da Qualidade de Vida de Indivíduos que se utilizam do Serviço de Fisioterapia em Unidades Básicas de Saúde. *Fisioter Mov.* 2009; 22(2):271-279.
43. United Kingdom. The NHS Plan: A plan for investment, A plan for reform. Londres: Secretaria do estado da Saúde, Julho 2000 [acessado 2010 junho 10]. [144 p.] Disponível em: [\[http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4055783.pdf\]](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4055783.pdf).
44. Mendes EV. O dilema do SUS. Abrasco Divulga: Rio de Janeiro, 2004. [acessado 2010 Maio 24]. [3 p.] Disponível em: [\[http://www.gices-sc.org/ArtigoEugenioVilacaDilemaSUS.pdf\]](http://www.gices-sc.org/ArtigoEugenioVilacaDilemaSUS.pdf).
45. Canada. Policy and Consultation Branch Health Canada. O Sistema de Cuidados de Saúde. Ottawa: Jul 1999. [acessado 2010 junho 10]. [12 p.] Disponível em: [\[http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H39-502-1999Por.pdf\]](http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H39-502-1999Por.pdf).
46. Canadian physiotherapy association, [acessado 2010 julho 02]. Disponível em: [\[http://www.thesehands.ca/\]](http://www.thesehands.ca/).
47. López-Liria R. et al. Los servicios de fisioterapia domiciliaria en el sistema sanitario público de la Península Ibérica. *Rev Iberoam de Fisioter y Kinesiología* 2009; 1138-6045.
48. Mitchell C, Adebajo A, Hay E, Carr A. Shoulder pain: diagnosis and management in primary Care: Clinical review 2005; *BMJ*;331:1124–8.
49. Espanha. Decreto-Lei 28/2008, de 22 de fevereiro, de 2008; *Diário da República*, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008 [<http://diario.vlex.pt/vid/decreto-lei-fevereiro-35881063>].
50. Lewis M, James M, Stokes E, Hill J, Sim J et al. An economic evaluation of three physiotherapy treatments for non-specific neck disorders alongside a randomized trial. *Rheumatology* 2007;46:1701-1708.
51. Ylinen J, Takala EP, Nykänen M. et al. Neck Pain in Women: A Randomized Controlled Trial Active Neck Muscle Training in the Treatment of Chronic. *JAMA* 2003; 289(19):2509-2516.
52. Saturno PJ, Medina FC, Valera F, Montilla J, Escolar P, Gascón JJ. Validity and reliability of guidelines for neck pain treatment in primary health care. A

- nationwide empirical analysis in Spain. *Int J Qual Health Care* 2003; 15 (6): 487–493.
53. Ingeborg BCK, Hoving JL, Tulder MW van , Maureen PMH, Mölken R, Adèr HJ, Henrica CW de Vet et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:911.
 54. Jamtvedt G, Dahm KT, Holm I, Odegaard-Jensen J, Flottorp S. Choice of Treatment Modalities was not Influenced by Pain, Severity or Co-Morbidity in Patients with Knee. *Physiother. Res. Int* 2010; 15: 16–23.
 55. Porcheret M, Jordan K, Croft P. Treatment of knee pain in older adults in primary care: development of an evidence-based model of care. *Rheumatology* 2007;46:638–648.
 56. Albaladejo C. The Efficacy of a Short Education Program and a Short Physiotherapy Program for Treating Low Back Pain in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *Spine* 2010; 35(5): 483-496.
 57. Bell JA, Burnett A. Exercise for the Primary, Secondary and Tertiary Prevention of Low Back Pain in the Workplace: A Systematic Review. *J Occup Rehabil* 2009; 19:8–24.
 58. van der Roer N, van Tulder M, Barendse J, Knol D, van Mechelen W, de Vet H. Intensive group training protocol versus guideline physiotherapy for patients with chronic low back pain: a randomised controlled trial. *Eur Spine J* 2008; 17:1193–1200.
 59. Pinnington MA, Miller J, Stanley I. An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care. *Fam Pract* 2004; 21: 372–380.
 60. Bekkering GE, Hendriks HJM, van Tulder MW, Knol D, Hoeijenbos M, Oostendorp R et al. Effect on the process of care of an active strategy to implement clinical guidelines on physiotherapy for low back pain: a cluster randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 107-112.
 61. Bekkering GE, van Tulde MW, Hendriks EJM, Koopmanschap MA, Knol DL, Bouter L M, Oostendorp RAB. Implementation of Clinical Guidelines on Physical Therapy for Patients With Low Back Pain : Randomized Trial Comparing Patient Outcomes After a Standard and Active Implementation Strategy. *Phys Ther.* 2005; 85:544 –555.
 62. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private Life. *BMJ* 2010;340:c1035.
 63. Nordeman L, Nilsson B, Möller M, Gunnarsson R. Early Access to Physical Therapy Treatment for Subacute Low Back Pain in Primary Health Care A Prospective Randomized Clinical Trial. *Clin J Pain* 2006; 22:505–511.
 64. Miller, Litva A, Gabbay M. Motivating patients with shoulder and back pain to self-care: can a X videotape of exercise support physiotherapy? *Physiotherapy* 2009; 95 29–35.
 65. Ryall C, Coggon D, Peveler R, Poole J, Palmer KT. A prospective cohort study of arm pain in primary care and physiotherapy—prognostic determinants. *Rheumatology* 2007; 46:508–515.

66. Moffett JK, Jackson DA, Gardiner ED, Torgerson DJ, Coulton S, Eaton S et al. Randomized trial of two physiotherapy interventions for primary care neck and back pain patients: 'McKenzie' vs brief physiotherapy pain management. *Rheumatology* 2006; 45:1514–1521.
67. Manca A, Dumville JC, Torgerson DJ, Moffett JK, Mooney, MP, Jackson DA, Eaton S. Randomized trial of two physiotherapy interventions for primary care back and neck pain patients: cost–effectiveness analysis. *Rheumatology* 2007;46:1495–1501.
68. James M, Stokes MJ, Thomas E, Dziedzic K, Hay EM. A cost consequences analysis of local corticosteroid injection and physiotherapy for the treatment of new episodes of unilateral shoulder pain in primary care . *Rheumatology* 2005;44:1447–1451.
69. Mitchell C, Walker J, Walters S, Morgan AB, Binns T, Mathers N. Costs and effectiveness of pre- and post-operative home physiotherapy for total knee replacement: randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract.* 2005; 11 (3): 283–292.
70. Thomas E, Croft PR, Paterson SM, Dziedzic K, Hay E M. What influences participants' treatment preference and can it influence outcome? Results from a primary care-based randomised trial for shoulder pain. *Br J Gen Pract.* 2004; 54: 93–96.
71. Hay EM, Foster NE, Thomas E, Peat G. et al. Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain in people aged over 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial. *BMJ.* 2006; 333 (7576): 981-2.
72. Verhoef J, Oosterveld F.G.J, Hoekman R, Munneke M, Boonman D.C.G, M. Bakker et al. A system of networks and continuing education for physical therapists in rheumatology: a feasibility study . *Int J Integr Care.* 2004; 4: 19.
73. Swärdh E, Biguet G, Opava CH. Views on Exercise Maintenance: Variations Among Patients With Rheumatoid Arthritis. *Phys Ther.* 2008; 88:1049–1060.
74. Pisters. Behavioural graded activity results in better exercise adherence and more physical activity than usual care in people with osteoarthritis: a cluster-randomised trial. *J Physiother* 2010; 56 (1):41–47.
75. Luijsterburg PAJ, Verhagen AP, Ostelo RWJG, van den Hoogen HJMM, Peul WC, Avezaat CJJ et al. Physical therapy plus general practitioners' care versus general practitioners' care alone for sciatica: a randomised clinical trial with a 12-month follow-up. *Eur Spine J* 2008; 17:509–517.
76. Bastiaenen CHG, Bie RA de, Wolters PMJC, Vlaeye JWS , Bastiaanssen JM , Klabbers ABA et al. Treatment of pregnancy-related pelvic girdle and/or low back pain after delivery design of a randomized clinical trial within a comprehensive prognostic cohort study *BMC Public Health* 2004, 4:67.
77. Tse MMY. Affective Images: Relieving Chronic Pain and Enhancing Quality of Life for Older Persons. *Cyberpsychol Behav.* 2005; 8 (6) : 571-579.
78. Burnham R, Day J, Dudley W. Multidisciplinary chronic pain management in a rural Canadian setting. *Can J Rural Med* 2010; 15:1-8.
79. Valero C. et. al. Evaluation of a combined strategy directed towards health-care professionals and patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Information and health education feedback for improving clinical monitoring and quality-of-life. *BMC Public Health* 2009; 9:442.

80. Brunton S, Carmichael BP, Colgan R, Feeney AS, Fendrick AM, Quintilian R et al. Acute Exacerbation of Chronic Bronchitis: A Primary Care Consensus Guideline. *Am J Manag Care*. 2004; 10(10): 661-2.
81. Leskelä J, Viitanen E, Piirainen A. Client feedback on physiotherapy counselling in primary health care. *Patient Educ Couns* 2005; 56: 218–224.
82. PazLourido B, Rocha VM. Fisioterapia comunitaria: el camino desde la conceptualización a la intervención con la comunidad. *Fisioterapia* 2008; 30(5):244–250.
83. Ramklass SS. Physiotherapists in under-resourced South African communities reflect on practice. *Health Soc Care Community*. 2009; 17(5): 522–529.
84. MesaRuiz AM et. Al. Presión asistencial y demora en las salas de fisioterapia de atención primaria en Andalucía. *Fisioterapia* 2010; 32(3):103–110.
85. Organização Mundial de Saúde. World Health Report 2008 "Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca" [acessado 2010 maio 12]; [148 p.]. Disponível em: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_whr08_en.pdf].
86. Mendes EV. As redes de atenção à saúde no SUS. 2009 [acessado 2010 junho 03]. [32 p.]. Disponível em: [http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=315&Itemid=423].
87. Kato DS, Silveira EC, Santos EL, Ishikawa SE, Ito K. Avaliação da importância da Fisioterapia na Rede Primária de Atenção à Saúde. *Semina*; 1994, 15 (ed. Especial): 60-63. apud Hass D. A evolução da assistência à Saúde Pública no Brasil e a interação da Fisioterapia no contexto atual. [Monografia]. Cascavel (PR): Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2003. [acessado 2010 junho 05]. [51 p.]. Disponível em: [<http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2003/mono/04.pdf>].
88. Gallo DLL. A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. [Dissertação] (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. 2005. [acessado 2010 junho 05]. [181 p.]. Disponível em: [<http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/74.pdf>].
89. Rossi AA dos S, Gonzaga LAV. Análise da Demanda de atendimentos fisioterápicos à pacientes restritos ao leito em território de abrangência de equipe de PSF: a importância do fisioterapeuta na equipe mínima do PSF. Penápolis: Faculdade de Saúde de São Paulo 2008 [acessado 2010 junho 03]. Disponível em: [www.fassp.edu.br/uploads/monografias_113.pdf].

ANEXO

A monografia em questão foi elaborada em formato de artigo científico a ser submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, estando seu formato de acordo com as orientações aos autores desta revista, abaixo discriminadas:

NORMAS EDITORIAIS DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf.

Apresentação de Manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do

artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária à inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).
9. O resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da

clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale

lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os **gráficos** devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa.
6. Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
7. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm).O mesmo se aplica para o material que estiver em **fotografia**. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.