

Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas

Epidemiological survey of diseases related to physical therapy in a Basic Health Unit in Campinas

Isabela Rodrigues Menegazzo¹, Micaele Rodrigues Pereira¹, Juliana Pasti Villalba²

¹Fisioterapeuta, Campinas-SP, Brasil; ²Cursos de Fisioterapia e Odontologia, Universidade Paulista, Campinas-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Retratar o perfil epidemiológico das doenças existentes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), da cidade de Campinas-SP, bem como discutir a importância do profissional fisioterapeuta para atuação nessas doenças seja na promoção, na proteção e na recuperação da saúde. **Métodos** – Foram observados prontuários de pacientes que utilizam atendimento fisioterapêutico em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas durante o período de agosto de 2008 a agosto de 2009, totalizando o número de 106. Os dados contidos nos prontuários eram: idade, sexo, estado civil, diagnóstico médico e uso de medicamento. **Resultados** – A maior prevalência foi na faixa etária acima de 60 anos (55,6%), onde predominou o sexo feminino (68,9%). Houve maior prevalência de artrose (29,2%), seguida das doenças osteomusculares (28,3%) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (18,9%), já as fraturas correspondeu a 11,3% e outras a 12,3%. A maioria dos pacientes atendidos faz uso de algum tipo de medicação correspondendo a 77,36%. **Conclusões** – Com os dados obtidos foi possível concluir que há demanda significativa de agravos à saúde, como a artrose, as doenças osteomusculares, o acidente vascular encefálico, as fraturas, e outras, para atuação do fisioterapeuta, o qual tem atribuições específicas para intervir nessas necessidades de saúde. Portanto é imprescindível a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica, atuando na promoção, proteção e recuperação desses pacientes.

Descritores: Serviços básicos de saúde; Fisioterapia (Especialidade); Epidemiologia; Epidemiologia dos serviços de saúde; Relação profissional-paciente

Abstract

Objective – Showing the diseases epidemiological profile in a Basic Health Unit in Campinas-SP, as well as discussing the importance of physical therapist for acting on those diseases in health promotion, protection and recuperation. **Methods** – Patient history at a Basic Health Unit from Campinas were observed from August 2008 to August 2009, totalizing 106. Data on the medical handout were: age, sex, marital status, medical history and use of medicine. **Results** – The highest prevalence was on people aged over 60 (55,6%), highly predominating on female (68,9%). There was a higher prevalence of arthritis (29,2%), followed by bone-muscle sicknesses (28,3%) and AVE (stroke) (18,9%). Breakings corresponded to 11,3% and others to 12,3%. Most of the patients attended use any type of medication, corresponding to 77,36%. **Conclusions** – Data showed there is a meaningful demand of health problems, such as arthritis, bone-muscle sicknesses, stroke, breakings, and others to the physical therapist work, who has specific attributions to interfere in those health needs, thus the physical therapist job is essential to the Basic Care, promoting, caring and recuperating such patients.

Descriptors: Basic health services; Physical therapy (Specialty); Epidemiology; Health services epidemiology; Professional patient relations

Introdução

A política de saúde antes da Reforma Sanitária baseava-se na assistência médica centrada no atendimento individual, priorizando ações curativas, de altos custos com baixo impacto na qualidade de vida.

À medida que foram sendo observados avanços no processo das reformas no setor saúde, novas demandas foram geradas a partir do novo perfil epidemiológico, da ampliação da consciência social e da emergência de novos problemas. A questão do acesso e da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população passou a se constituir num grande desafio. Esse desafio tornou evidente a necessidade de transformação do modelo de atenção e, neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) em 1994, lançou o Programa Saúde da Família (PSF) que passou a ser considerado como uma estratégia de redirecionamento da atenção à saúde, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF tornou-se a porta de entrada do SUS, ampliando o acesso e a cobertura, no nível primário articulados aos demais níveis de complexidade¹⁻².

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e também nos domicílios, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que compõem a equipe mínima de Saúde da Família. Assim,

esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Diante dos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes e a inclusão de outros profissionais na Estratégia Saúde da Família no Brasil, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Esses Núcleos de Apoio são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado³⁻⁴.

A Fisioterapia, como profissão da saúde, não ficou à margem dessas transformações. Visou por muito tempo o atendimento de pessoas já acometidas de alguma enfermidade, atuando de forma individual, principalmente no campo da reabilitação, voltando-se apenas para a pequena parte de seu objeto de trabalho que é tratar a doença e suas sequelas, mesmo depois da Resolução nº 10 de 03 de julho de 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, onde ficou estabelecido o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, onde já existe uma visão mais ampliada da prática profissional, no primeiro artigo explicita-se que “o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde”⁵⁻⁷.

Porém, essa lógica de conceitualização reabilitadora, durante muito tempo, exclui da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço, e impedindo o profissional de atuar na atenção primária, onde possibilita, além dessas outras, atuarem no controle de risco, ou seja, no controle de fatores que potencialmente podem contribuir para o desenvolvimento da doença. Hoje o fisioterapeuta é um membro da equipe da saúde com sólida formação científica, que atua desenvolvendo ações de prevenção, promoção de saúde, avaliação, tratamento e reabilitação, utilizando nessas ações, programas de orientações e promoção da saúde, em ações individualizadas ou coletivas, além de agentes físicos como o movimento, a água, o calor, o frio e a eletricidade^{5,7-9}.

Dos poucos fisioterapeutas que estão inseridos na atenção básica, atuam em programas institucionais, nos diferentes ciclos de vida da população. Na saúde da criança, no acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor, e na saúde do escolar. Na saúde do adulto, orientando e tratando as diversas doenças que acometem a cinética corporal, bem como na saúde do trabalhador. Na saúde do idoso, promovendo melhor qualidade de vida, bem-estar e autoestima. Na saúde da mulher, desde o período gestacional até o climatério, além de grupos temáticos (hanseníase, gestantes, asma, hipertensos, diabéticos, obesidade, tuberculose, entre outros)¹⁰⁻¹¹.

Em vários lugares do país a Fisioterapia já vem sendo articulada com o PSF, como os municípios de Sobral, Camaragibe, Macaé, Volta Redonda e São Pedro D'Aldeia, que contam com o profissional fisioterapeuta inserido no PSF e com inúmeros benefícios dessa atuação como o aumento do nível de conscientização do indivíduo, família e comunidade, quanto ao autocuidado e limitações das deficiências, proporcionando maior autonomia e independência; prevenção de vícios e problemas posturais e doenças osteoarticulares relacionadas ao trabalho; promoção da qualidade de vida e resgate da cidadania através da inclusão social; introdução do conceito de corresponsabilidade social, bem como a possibilidade de resgatar a condição do indivíduo ser assistido integral e interdisciplinarmente, independente da condição social¹².

Na medida em que se torna mais conhecida a atuação da fisioterapia e que se ampliam suas áreas de intervenção, verifica-se um aumento na demanda por esses serviços, porém, contraditoriamente, a oferta não aumenta na mesma proporção.

Sabendo-se que a inserção do fisioterapeuta na atenção básica ainda é incipiente e considerando-se a escassez de trabalhos que retratem tal inserção, o objetivo deste estudo é retratar o perfil epidemiológico das doenças existentes em uma unidade básica de saúde, da cidade de Campinas/SP, bem como discutir a importância do profissional fisioterapeuta para atuação nessas doenças seja na promoção, na proteção e na recuperação da saúde¹³.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo referente a dados contidos em prontuários pertencentes ao arquivo de pacientes que foram encaminhados por médicos e que estão em tratamento fisioterapêutico ou que já receberam alta, da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Parapanema do município de Campinas, atendidos

por alunos do 7º e 8º semestres de Fisioterapia na Universidade Paulista – UNIP.

Foi realizado um levantamento epidemiológico das doenças relacionadas à fisioterapia através de dados contidos nos prontuários como: idade, sexo, estado civil, diagnóstico médico e uso de medicamento. Foram observados prontuários durante o período de agosto de 2008 a agosto de 2009, totalizando o número de 111, sendo excluídos 5 prontuários por falta de algum dos dados necessários para o estudo. A utilização desses prontuários foi possível devido à aprovação do projeto de pesquisa, protocolo nº 399/09 CEP/ICS/UNIP pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e do Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde (CETS) de Campinas.

Os dados coletados foram transcritos para o Microsoft Office Excel para análise dos dados e elaboração dos gráficos.

Resultados

Foram analisados 106 prontuários referentes ao período de agosto de 2008 a agosto de 2009, dos quais 31,1% pertencem ao sexo masculino e 68,9% do sexo feminino, sendo que 16,0% dos homens e 39,62% das mulheres apresentam 60 anos ou mais (Tabela 1). O número de mulheres em relação a homens foi maior na faixa etária de 60 anos ou mais e entre 20 a 39 anos.

Tabela 1. Distribuição dos atendidos (n = 106) pela fisioterapia da UBS, por sexo e faixa etária

Sexo	Homens		Mulheres	
	Total	%	Total	%
Faixa Etária				
0-19	3	2,8	4	3,8
20-39	4	3,8	11	10,4
40-59	9	8,5	16	15,1
60 ou mais	17	16,0	42	39,6
Total	33	31,1	73	68,9

Em relação aos agravos à saúde houve maior prevalência de artrose (29,2%), seguida de doenças osteomusculares (28,3%) e AVE (18,9%), já as fraturas corresponderam a 11,3% e outras (atelectasia, paralisia facial, microcefalia, paralisia cerebral e esclerose múltipla) a 12,3% (Gráfico 1). A distribuição de agravos a saúde por faixa etária mostra que na população de 20 a 39 anos houve maior prevalência de doenças osteomusculares (6,6%), e com essa mesma classificação de doenças apresentase a faixa etária de 40 a 59 anos com 9,4% (Tabela 2), a faixa etária de 60 anos ou mais apresentou a artrose como agravo predominante com 21,70%, e na faixa etária de 0 a 19 anos foi a mais acometida por outros agravos (4,7%). O número de mulheres foi maior em todos os diagnósticos encontrados, se equivalendo somente no AVE, tendo assim uma proporção maior de homens (Gráfico 2).

Em relação aos medicamentos, ficou comprovado que a população em sua maioria faz uso de algum tipo de medicação correspondendo a 77,36%, e que 26 desses pacientes são mulheres com artrose (Gráfico 3).

Tabela 2. Diagnósticos encontrados (n = 106) na UBS, pela faixa etária

Faixa etária	Diagnósticos									
	Artrose	%	AVE	%	Doenças osteomusculares	%	Fraturas	%	Outros	%
0-19	0	0,0	0	0,0	2	1,9	0	0,0	5	4,7
20-39	2	1,9	2	1,9	7	6,6	1	0,9	3	2,8
40-59	6	5,7	3	2,8	10	9,4	4	3,8	2	1,9
60 ou mais	23	21,7	15	14,2	11	10,4	7	6,6	3	2,8
Total	31	29,2	20	18,9	30	28,3	12	11,3	13	12,3

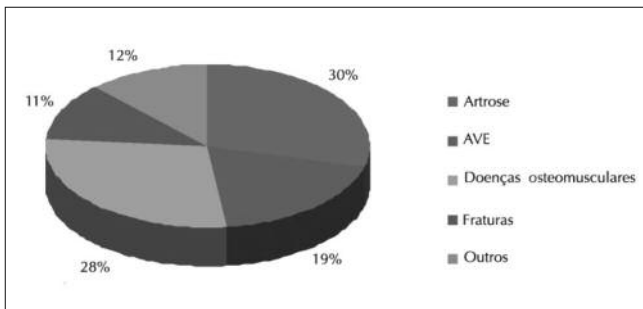


Gráfico 1. Diagnósticos encontrados nos atendidos (n = 106) na UBS

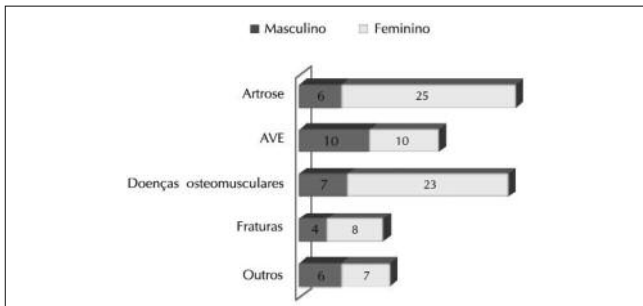


Gráfico 2. Diagnósticos encontrados (n = 106) na UBS, por sexo

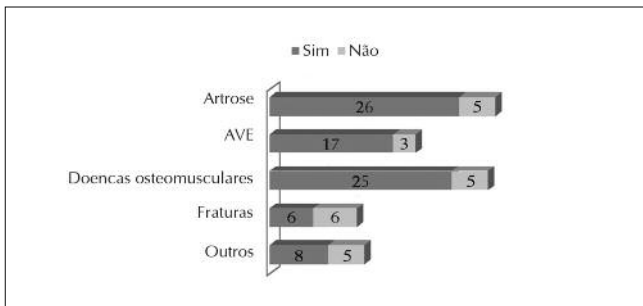


Gráfico 3. Distribuição dos diagnósticos encontrados (n = 106) em relação ao uso de medicamentos

Discussão

Pode-se observar que o maior percentual de atendidos foram idosos de 60 ou mais anos (55,7%), estudos anteriores apontaram ser mais frequentes essa faixa etária nos atendimentos fisioterapêuticos devido ao fato dos idosos serem os mais afetados por doenças crônico-degenerativas. O que pode determinar ao idoso certo grau de dependência com o evoluir da doença, de acordo com a reabilitação gerontológica essa situação poderia ser modificada ou mesmo amenizada por meio da preservação da função, adiamento da instalação de incapacidades, através de medidas preventivas tendo ainda como objetivo diminuir o comprometimento imposto por incapacidades, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida que poderia ser realizado através de grupos para 3ª idade, onde propõem atividade física, exercícios específicos dentro da própria UBS. Estudos anteriores avaliaram os efeitos do exercício físico na população com osteoartrose e concluem que há benefício na dor e na função do idoso¹⁴⁻¹⁵.

Vários estudos constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte¹⁶⁻¹⁷. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres. Essa afirmação corrobora com os achados nesse estudo, em que houve prevalência do sexo feminino (68,8%) em todas as faixas etárias, que segundo o estudo de Gomes¹⁷ (2007) esta contradição pode estar associada ao senso

comum que vê o homem menos invulnerável, que dificulta a ação preventiva e curativa¹⁸⁻¹⁹.

Uma hipótese dessa procura maior de mulheres pode estar vinculada a prevalência de osteoporose nas mesmas, devido à rápida perda óssea desde o período pós-menopáusic. As consequências mais comuns da osteoporose são as fraturas. A qualidade de vida dos sobreviventes pode ser severamente prejudicada e podem sofrer permanentemente incapacidade e dependência, além de maiores custos médicos que todas as outras fraturas combinadas. A fraqueza muscular de pessoas idosas pode comprometer ainda mais a fragilidade óssea e aumentar o risco de queda e consequentemente a possibilidade de fraturas. Torna-se cada vez mais necessário o desenvolvimento de tratamentos que visam minimizar as consequências trazidas pela osteoporose. O exercício é essencial para manter a independência funcional em adultos idosos, porque ele mantém e melhora força muscular, coordenação e equilíbrio e reduz o risco de quedas e fraturas²⁰⁻²³.

O AVE foi o terceiro agravo mais encontrado na pesquisa (18,87%), concordando com a literatura que mostra ser a principal causa de incapacidades neurológicas no adulto²⁴⁻²⁵, sendo assim de grande impacto na saúde pública mundial, a sua incidência vem crescendo devido ao aumento da expectativa de vida e pelas mudanças no estilo de vida, acontecendo mais na faixa etária de 60 anos ou mais e do sexo masculino, o que também foi encontrado no estudo de Falcão²⁴ (2004). Muitos dos AVE's podem ser evitados com o controle dos fatores de risco. Em relação ao tempo de tratamento desses pacientes, um estudo mostrou um tempo médio de 10,8 meses enquanto fora do Brasil o período de tratamento é de 2 a 3 meses o que pode ser evidenciado pela características desses pacientes quando chegam a UBS em situações altamente crônicas, devido ao longo período entre a lesão e admissão em um serviço de reabilitação, que pode ser por causa da dificuldade em encontrar vagas para tratamentos fisioterapêuticos no SUS, devido a grande fila de espera²⁴⁻²⁷.

Com a relação às fraturas, houve uma ocorrência maior no sexo feminino, e na faixa etária de 60 anos ou mais. Nesse estudo não foi possível confirmar a literatura, que aponta a maior incidência de fraturas em pacientes jovens, vítimas de acidentes automobilísticos, quedas de altura ou ferimentos por armas de fogo, e podem estar associadas a lesões em outros órgãos ou sistemas, pois a maioria foi de mulheres com 60 anos ou mais²⁸.

A presença de várias afecções em um mesmo indivíduo leva ao uso de inúmeros medicamentos. Este fato foi percebido ao se verificar que 77,36% dos pacientes fazem uso de algum tipo de medicamento, os pacientes com artrose apresentaram-se em maioria e por se tratar principalmente de pessoas idosas, que possuem um maior número de doenças associadas se comparado ao restante da população.

Observa-se que o estudo atual e os outros analisados vêm para comprovar a importância do fisioterapeuta em todas essas ações na atenção básica para uma resolutividade. Como no município de Campinas, que tem aproximadamente um milhão de habitantes onde o único atendimento disponível para a população é o Centro de Reabilitação de Sosas, sendo os atendimentos realizados nas UBS feito por estagiários das clínicas-escolas das Universidades da cidade, que atendem em média duas UBS cada, de um total de 61 em toda a cidade, retratando assim a carência desses profissionais no município²⁹.

Conclusões

Com os dados obtidos foi possível concluir que há demanda significativa de agravos à saúde, como a artrose, as doenças osteomusculares, o AVE, as fraturas, e outras, para atuação do fisioterapeuta, o qual tem atribuições específicas para intervir nessas necessidades de saúde. Portanto é imprescindível a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica, atuando na promoção, proteção e recuperação desses pacientes.

Sabendo que a inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção básica à saúde ainda é um processo em construção, os resultados

encontrados neste trabalho retratam o perfil epidemiológico da população, contribuindo para uma elaboração de tratamento eficaz e permitindo ao fisioterapeuta uma abordagem mais focada em todos os níveis de atenção à saúde.

No município de Campinas, o serviço de fisioterapia ainda é incipiente, pois possui apenas um Centro de Referência, o Centro de Reabilitação de Sosas, enquanto o restante da população que necessita desse tipo de tratamento é atendido em UBS por estagiários de clínica-escola, surge então a importância do presente estudo, para que se conheça as reais necessidades apresentadas, e que a população toda possa ter acesso a atendimentos fisioterapêuticos.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília; 1997. p.20.
2. Silva AC. O impacto do programa de saúde da família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002 [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
3. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes). Brasília; 2008.
4. Kilsztajn S. Programa de Saúde da Família. Rev Assoc Med Bras. 2001;47(4):285-6.
5. Castro SS, Cipriano Júnior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. Rev Fisioter Mov. 2006;19(4):55-62.
6. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Coffito. Resolução nº 10, de 03 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de setembro de 1978 [acesso 10 out. 2009]. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=937&pecao=9
7. Ribeiro KSQ. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. Fisioter Brasil. 2002;3(5):311-8.
8. Deliberato PCP. Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações. Barueri: Manole; 2002.
9. Gallo DLL. A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária [dissertação de mestrado] Londrina: Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina; 2005.
10. Almeida DCS. Atuação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família [monografia de especialização]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2004.
11. Pereira FWA, Mangueira JO, Monteiro MPA, Vêras MMS, Lima VCS, Barrocas TCP *et al.* A inserção da fisioterapia estratégia saúde da família em Sobral/CE. Rev Sanare. 2004;5(1):93-100.
12. Almeida AC, Barbosa JC. A fisioterapia na atenção básica: inserção e possibilidades. Camaragibe: Instituto de Saúde Coletiva, UFBA; 2005.
13. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Rev Ciênc Saúde Coletiva – Abrasco – 0604/2007 [acesso 07 jul. 2009]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1169

14. Chiovatto J. Reabilitação em geriatria. In: Papaléo Netto M. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. p.324-30.
15. Pedrinelli A, Garcez-Leme LE, Nobre RSA. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. Rev Bras Ortop. 2009;44(2):96-101.
16. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(1):105-9.
17. 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 Saúde Publica. 2007; 23(3):565-74.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008 [acesso 2 jul 2008]. Disponível em: www.portalweb05.saude.gov.br
19. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):687-707.
20. Dennison E, Cooper C. Epidemiology of osteoporotic fractures. Horm Res. 2000, 54:58-63.
21. Hassager C, Christiansen C. Epidemiology, biochemistry and some results with treatment of postmenopausal osteoporosis. Wien Med Wochenschr. 1993;143(14-15):389-91.
22. Kronhed ACG, Möller M. Effects of physical exercise on bone mass, balance skill and aerobic capacity in women and men with low bone mineral density, after one year of training – a prospective study. Scand J Med Sports. 1998;8:290-8.
23. Kerschman K, Alacamlioglu Y, Kollmitzer J, Wober C, Kaider A, Hartard M *et al.* Functional impact of unvarying exercise program in women after menopause. Am J Phys Med Rehabil. 1998;77:326-32.
24. Falcão IV, Carvalho EME, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004; 4(1):95-112.
25. Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, Scaramucci A, D'Agostino RB, Wolf PA. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2003;12(3):119-26.
26. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 14. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília; 2006.
27. Ozdemir F, Birtane M, Tabatabaei R, Ekuklu G, Kokino S. Cognitive evaluation and functional outcome after stroke. Am J Phys Med Rehabil. 2001;80(6):410-5.
28. Vasconcelos JW, Moraes SV, Porto LCK, Santos RJM. Tratamento das fraturas cominutivas do fêmur com a utilização da placa em ponte. Rev Bras Ortop. 2004;39:415-22.
29. Prefeitura Municipal de Campinas [acesso 26 set. 2009]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>

Endereço para correspondência:

Juliana Pasti Villalba
Rua da Barra, 76 - Sosas
Campinas-SP, CEP 13104-062
Brasil

E-mail: jpvillalba@unip.br

Recebido em 25 de julho de 2010
Aceito em 30 de agosto de 2010