

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

ROSEMERIE CORREIA DE BARROS

Parceria institucional como fortalecimento do Programa de Saúde da Família Canal
do Anil, Rio de Janeiro, RJ

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ROSEMERIE CORREIA DE BARROS

Parceria institucional como fortalecimento do Programa de Saúde da Família Canal
do Anil, Rio de Janeiro, RJ

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.
Orientador Prof. Dr. Luis Guilherme Barbosa.

Rio de Janeiro
2008

ROSEMERIE CORREIA DE BARROS

Parceria institucional como fortalecimento do Programa de Saúde da Família Canal
do Anil, Rio de Janeiro, RJ

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luis Guilherme Barbosa
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Valéria Ferreira Romano
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Marcelo da Silva Genestra
Centro Universitário de Volta Redonda

AGRADECIMENTOS

Especialmente a Deus: “As pernas fraquejaram, só não comprometeram a jornada, porque foste o incentivo velado fortificando-me na marcha. Os olhos marejaram, só não atingiram a cegueira, porque ventavas no invisível secando minhas lágrimas.

Soube resistir diante do pânico do desconhecido, porque me deste lucidez nos momentos de necessidade. Conservei-me distante do frio desânimo da descrença, porque me lembravas que a vida vai muito além. Que eu saiba no correr dos meus dias corresponder à Tua confiança, que no momento da chegada, eu posso me lembrar da partida, do Teu impulso inicial, na inspiração firme e carinhosa, que repetia sempre, - vai!

Aos meus pais Edson e Doroty, os grandes responsáveis pela minha vida.

Os meus filhos Victor e Carolina pela grande paciência nos momentos mais difíceis desta jornada.

A minha madrinha Núbia e a minha tia Nancy pelo carinho, apoio e incentivo ao longo deste caminho, que não mediram esforços para estarem ao meu lado.

A todas as minhas amigas, que tornaram o caminho menos árduo e mais suave, vocês que me acompanharam, choraram, riram, sentiram, aconselharam, participaram, dividiram..... sorrisos, palavras, companhias e ausências, expressões de amor.

Ao Prof. Dr. Luis Guilherme Barbosa pela amizade, estímulo, confiança e paciência comigo no decorrer deste Mestrado.

Aos Prof.Dr. Marcelo Genestra e Profa. Dra. Valéria Romano pelas palavras sinceras e valiosas durante a qualificação deste trabalho.

Aos profissionais do Programa Saúde da Família Anil, pela atenção, carinho, oportunidade da construção deste trabalho.

Aos colegas de trabalho e pacientes do Centro de Fisioterapia Canal do Anil pela contribuição valiosa durante este processo e por compartilharem as minhas angústias e as conquistas, principalmente pelas novas amizades.

Aos Meus Pais, Edson e Doroty,
Vocês me ensinaram a ter garra,
A seguir meus sonhos, vencer
Obstáculos e construir meu
Caminho. Meus filhos Victor e
Carolina, tudo em minha vida.

RESUMO

A presente dissertação trata da parceria institucional público-privado como ferramenta de fortalecimento do programa de saúde da família, considerando esta um elemento dinamizador dos processos de interação entre público e privado em benefício da sociedade. O objetivo deste trabalho foi de discutir o fortalecimento da parceria institucional entre a Associação Educadora Comunitárias de Saúde e o Programa de Saúde da Família do Anil. O estudo consiste de uma pesquisa quanti-qualitativa, de campo, cujo instrumento de coleta de dados foi um questionário com questões abertas e fechadas, compreendendo 21 profissionais entre 18 Agentes Comunitários de Saúde e 03 Médicos do Programa Saúde da Família Anil, a fim de identificar a percepção dos agentes comunitários e médicos do Programa de Saúde da Família Anil quanto a satisfação da comunidade sobre o serviço de fisioterapia. Os resultados obtidos foram de 80% de satisfação com o serviço, relatado pelos profissionais, a partir de sua percepção sobre o que demonstram os usuários. No levantamento fisiopatológico os dados apontaram predominância dos casos traumato-ortopédicos, neurológicos e vasculares de acordo com o gênero e faixa etária. Na análise dos recursos percebeu-se que o serviço de fisioterapia possui recursos próprios, existindo apenas a necessidade de manter os encargos financeiros, em busca de um objetivo comum de forma a estruturar a rede de atendimento fisioterapêutico, assegurando uma assistência integral aos usuários do serviço, no qual torna-se importante a parceria para que esta ação seja concretizada. Foi concluído que a parceria é viável, entretanto há necessidade de treinamento dos fisioterapeutas no sistema de referência e contra-referência, tão como maior aproximação da equipe médica, afim de divulgar as possibilidades de intervenção do fisioterapeuta.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Fisioterapia, Comunidade

ABSTRACT

This Thesis was realized based on a conceptual bibliography research and on an empirical research. The purpose will define the main physiopathology aspects observed during physiotherapeutic treatment at AECS, analyzing the financial resources and material identifying the perception of Community Agents and Doctors of PSF Anil regarding the community satisfaction about Physiotherapy Center at AECS. The Physiotherapy Center at AECS it is opened since 1998 in Anil's community, where is being developed social inclusion through promotion, prevention and rehab of health according to the PSF Operational Policy. In January 2008 were founded Family Health support centers (NASF) to strength Family Health Strategy. The partnership could be established to reach common purposes, meanwhile, the Health Department stimulates the conversion of the traditional basic model in family health as the way to structure the service in public health, assuring whole assistance to patients, becoming important the raise of new partnership (PREFEITURA do RIO, 2007). The method embraced the quality approach, of field and consists in investigation through bibliography research, documentation analysis and a questionnaire with opened and closed questions, including 21 professionals between 18 ACS and 3 Doctors of Anil's PSF, this questionnaire was applied considering these professional perception regarding the community satisfaction about Physiotherapeutic Service at AECS. The results show that the survey of physiopathology processes done from 2005 to 2007 demonstrated a significant growth on the spontaneous demand, analyzing the survey were observed information related to the number of families on each micro-area of ACS that received treatment at Physiotherapy Center and that the Center it is strategically well localized in the community, the information shows 80% satisfaction by the patients. Was concluded that there is viability on the treatment and becomes a main reason to lower the existing cases and the prophylaxes of several psychopathological processes.

Key words: Family Health Program, Physiotherapy, Community.

LISTA DE FOTOS

Foto 1	Entrada do centro de fisioterapia na AECS	39
Foto 2	Sala de espera para o atendimento fisioterapêutico	39
Foto 3	Ginásio da fisioterapia	40
Foto 4	Ginásio da fisioterapia	40

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1	Conceituação de Parceria	32
Fluxograma 2	Gerenciamento do Desenvolvimento	33
Fluxograma 3	Ação das Instituições Atualmente	50
Fluxograma 4	Funcionamento do Serviço de Fisioterapia	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Prevalência de processos fisiopatológicos em 2005	59
Gráfico 2	Distribuição da faixa etária em relação ao gênero em 2005	60
Gráfico 3	Prevalência de processos fisiopatológicos em 2006	60
Gráfico 4	Distribuição da faixa etária em relação ao gênero em 2006	61
Gráfico 5	Prevalência de processos fisiopatológicos em 2007	61
Gráfico 6	Distribuição da faixa etária em relação ao gênero em 2007	62
Gráfico 7	Perfil dos Médicos do PSF Anil	63
Gráfico 8	Resultado sobre o funcionamento do serviço de referência e contra-referência	64
Gráfico 9	Perfil dos Agentes Comunitários do PSF Anil	65
Gráfico 10	Acesso ao Centro de Fisioterapia	66
Gráfico 11	Opinião dos Usuários do Centro de Fisioterapia	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição de área Programática, de unidades que prestam atendimento na área da Reabilitação na cidade do Rio de Janeiro	43
Quadro 2	Distribuição dos Profissionais	48
Quadro 3	Materiais Existentes	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resultado do questionário	63
Tabela 2	Encaminhamento médico dos usuários do PSF Anil para o Centro de Fisioterapia	64
Tabela 3	Resultado do conhecimento dos agentes comunitários sobre a Fisioterapia	65
Tabela 4	Análise do nº de famílias relacionadas na micro-área de cada agente comunitário	65
Tabela 5	Orçamento atual do Centro de Fisioterapia	68
Tabela 6	Orçamento proposto	69

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS	17
1.2	JUSTIFICATIVA	17
1.3	MÉTODOS	18
2	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL	19
3	A HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA	25
4	A FISIOTERAPIA E SUA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	29
5	CONCEITO DE PARCERIA	32
6	CONVÊNIOS E PARCERIAS ENTRE O SETOR PÚBLICO E O TERCEIRO SETOR	34
	<i>INCENTIVOS AO TERCEIRO SETOR MEDIANTE REPASSE DE</i>	
6.1	<i>VERBAS PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS</i>	34
6.2	A LEGISLAÇÃO COMO FATOR DE INCENTIVO AO TERCEIRO SETOR	35
	<i>TENDÊNCIAS ATUAIS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA</i>	
6.3		35
7	<i>CONHECENDO A ASSOCIAÇÃO DAS AGENTES EDUCADORAS COMUNITÁRIAS DE SAÚDE DO CANAL DO ANIL</i>	38
8	O NÚCLEO DE REABILITAÇÃO ATRAVÉS DA PARCERIA PÚBLICO PRIVADO	42
9	<i>RECURSOS HUMANOS E MATERIAS DO CENTRO DE FISIOTERAPIA DA AECS</i>	48

9.1	<i>HUMANOS</i>	48
9.2	<i>MATERIAIS</i>	48
10	<i>ESQUEMA DE AÇÃO</i>	50
10.1	A DEMANDA DE USUÁRIOS	52
10.2	QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	53
10.3	RESPONSABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	54
10.4	MEDIÇÃO DO RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES	55
10.5	AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE	55
10.5.1	Ações desenvolvidas com a comunidade	55
10.5.2	A parceria institucional: uma realidade	56
10.6	METODOLOGIA	57
10.7	RESULTADOS	59
	CONCLUSÕES	70
	REFERÊNCIAS	71

Anexos e apêndices a partir da página 82

	ANEXO 1: Comissão de Seguridade Social e Família- Projeto de Lei nº 3.256 de 2004	
	ANEXO 2: Portaria nº 154 de 24 de janeiro 2008 do Ministério da Saúde	
	ANEXO 3: Portaria nº 1065 de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde	
	ANEXO 4: COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	
	ANEXO 5: Decreto nº 27396 de 20 de agosto de 2004	
	ANEXO 6: Subsecretaria de Administração e Finanças - Edital nº 007 de 9 de novembro de 2007	
	ANEXO 7: Normas e Padrões de Construção e Instalações de Serviço de Saúde	
	ANEXO 8: Rede de Reabilitação na cidade do Rio de Janeiro	
	ANEXO 9: Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde	
	ANEXO 10: Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 do Ministério da Saúde	
	APÊNDICE 1: Questionário para os Agentes Comunitários do PSF Anil	
	APÊNDICE 2: Questionário para os Médicos do PSF Anil	
	APÊNDICE 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família tem sido de grande utilidade para a saúde coletiva. Ao reorganizar o atendimento básico de saúde, o programa atende a comunidade com intervenções preventivas, educativas, reabilitadoras e com a promoção da saúde. Este programa oportuniza acesso à saúde, possibilitando a redução dos atendimentos ambulatoriais e intervenções hospitalares.

No Brasil, o movimento pela reforma do sistema de saúde tem um amplo espaço para discussão na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As diretrizes propostas subsidiaram o capítulo sobre saúde (seguridade social) na Constituição Federal de 1988, e conseqüentemente, a criação do Sistema Único de Saúde. O SUS introduziu princípios que representam um grande avanço na assistência à saúde no Brasil: Universalidade, Equidade, Descentralização Municipalizante e a Reorientação dos serviços de saúde, obedecendo a lógica da Integralidade, da Regionalização e da Hierarquização (VIANA;DAL POZ,1998).

Tendo como referência as novas Diretrizes do Sistema Único de Saúde, para as bases conceituais na saúde, fundamentando-se na “gestão participativa”, tendo como característica a inclusão de novos atores sociais, a “população”, partimos de um novo paradigma, em parceria com o PSF Anil para a realização deste trabalho.

Gradativamente surgem novas competências para a atuação profissional, isso significa que acompanhar as transformações exige a necessidade de novos estudos e uma atualização contínua.

De acordo com dados do relatório preliminar da avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família de 1999, outras categorias profissionais de nível superior, além dos inicialmente prescritos, já vinham atuando

na estratégia, sendo o odontólogo o mais presente, na ocasião, participa de 27,3% das equipes de saúde da família (ESF), vindo em seguida o assistente social (7,1%), o psicólogo (4%) e o nutricionista (1,9%), não havendo dados sobre a participação do fisioterapeuta (BRASIL, 1999).

Apesar das dificuldades que os fisioterapeutas têm de serem inseridos na saúde pública, devido sua formação reabilitadora, ou seja, atuantes na atenção secundária, o fisioterapeuta tem muito a colaborar com ações preventivas e curativas de acordo com as necessidades da população alvo (RIBEIRO, 2002).

Dois projetos de Lei, com publicação em 2004 e em 2006, representam um grande avanço no que se refere à inserção de profissionais de diversas modalidades nas equipes do PSF. Os Projetos de Lei n.4.261, de 2004 que propõe a inclusão dos profissionais de fisioterapia e terapeuta ocupacional nas equipes do PSF e o Projeto de Lei n. 1.125, de 2007 que determina a inclusão dos profissionais psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas no PSF, da Política Nacional de Atenção Básica. Advindos das proposições que visa o aperfeiçoamento do PSF, uma estratégia para o fortalecimento da atenção básica à Saúde no nosso país.

A regulamentação da Portaria n.648/2006 do Ministério da Saúde (ANEXO 9), aprova a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta Portaria n. 648/2006 reafirma o compromisso com a integralidade dos serviços oferecidos pelo SUS, ela considera a importância dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nas equipes do PSF contribuindo o fortalecimento da integralidade no SUS. Nesta Portaria foi destacado no item 3 o termo “entre outros “ para indicar que é possível incluir outros profissionais nas equipes, dependendo das realidades locais, permitindo ao gestor a adequação de recursos fundamentais ao atendimento das necessidades da

população adscrita (ANEXO 9).

A Portaria Nº 154 de 24 de janeiro 2008 do Ministério da Saúde, cria o NASF (NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE DA FAMÍLIA) (ANEXO 2).

A implementação da Portaria n. 1065, de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde (ANEXO 3), que cria os núcleos de atenção integral na saúde da família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde, torna possível a inclusão do fisioterapeuta e de outros profissionais de saúde nas equipes do PSF dos municípios brasileiros.

O Centro de Fisioterapia da AECS localizado anexo ao PSF Anil é um núcleo criado para promover e reabilitar adultos, adolescentes e idosos em situações de comprometimento fisiopatológico, onde atua desde 1996. Esta iniciativa, cujos benefícios para a sociedade são extremamente significativos está alinhada com a crescente importância do papel que os indivíduos podem exercer como agentes ativos do desenvolvimento das comunidades e na construção de uma cidadania responsável e produtiva.

Na medida em que se tornou mais conhecida e que se ampliaram as áreas de intervenção da fisioterapia, houve um aumento na demanda pelos serviços fisioterápicos, porém a oferta não aumentou na mesma proporção. O atendimento restrito gera uma demanda reprimida, principalmente aos centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária, onde há listas de espera nas quais as pessoas aguardam durante meses por atendimento (AVOLIO, 2007).

Uma questão importante está no modo de ampliar a oferta de serviço sem criar o óbice do inchamento da equipe, visto que a fisioterapia já está incluída na equipe mínima (PORTARIA N.1065, 2005).

No momento a solução não passa pela contratação maciça de profissionais, o que fugiria totalmente à filosofia do PSF; entretanto a demanda é grande, visto que

uma população sem saúde básica adoece com mais facilidade. Mesmo assim, o processo de envelhecimento é imensurável, impondo diversas restrições à qualidade de vida das pessoas, forçando, portanto, intervenções curativas e preventivas.

1.1 OBJETIVOS

A pesquisa teve como objetivo geral discutir o fortalecimento da parceria institucional entre AECS e PSF Anil.

O processo de levantamento de dados procurou obter elementos que permitissem o alcance dos seguintes objetivos específicos: Identificar aspectos fisiopatológicos mais prevalentes no atendimento fisioterapêutico na AECS, Analisar os recursos (materiais, humanos e financeiros) e resultados do trabalho da fisioterapia na AECS e Identificar a percepção dos Agentes Comunitários e Médicos do PSF Anil quanto a satisfação da comunidade sobre o serviço de fisioterapia na AECS.

1.2 JUSTIFICATIVA

Uma solução que se apresenta viável é a da parceria institucional, onde o setor público poderá se beneficiar da estrutura física e de recursos humanos dos parceiros, enquanto a empresa privada pratica sua “expertise” ampliando a oferta de emprego e o acesso ao tratamento. A parceria prevê cooperação com confiança, complementariedade na busca de resultados comuns.

Ressalta-se, portanto, a importância e atualidade do tema investigado nessa dissertação do Mestrado a parceria institucional como fortalecimento do PSF, enfatizando o serviço de fisioterapia e o PSF Anil.

1.3 MÉTODOS

O processo de investigação integrou os procedimentos de pesquisa bibliográfica aos procedimentos de pesquisa empírica.

A pesquisa bibliográfica permitiu a construção do referencial teórico com base de dados da Bireme, Medline, Portarias do Ministério da Saúde, Projetos, etc. A pesquisa empírica utilizou-se da análise documental e da aplicação de questionário com questões abertas e fechadas (apêndice 01 e 02) compreendendo 18 ACS e 03 Médicos do PSF Anil, a amostra teve um total de 21 profissionais, de acordo com as exigências do Comitê de Ética através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3) .

Na realização da pesquisa foi adotada a abordagem qualitativa e quantitativa, de campo com acompanhamento do fluxo de desenvolvimento do serviço, por entender-se ser essa a mais adequada para a análise do tema proposto.

2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

A Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a partir da Conferência Internacional sobre os cuidados primários de saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, e em assembleias subseqüentes, instou a todos os Estados membros a definir e pôr em prática Estratégias Nacionais, Regionais e Globais, com o objetivo de alcançar a meta de “Saúde para todos no ano de 2000” através de ações centradas em cuidados primários (PAIM e ALVES FILHO, 1998).

Cuidados primários foram definidos como aqueles essenciais “baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação” (OMS, 1978: p.1).

O processo de implantação desse novo sistema iniciou em 1990 após a criação de legislação complementar, inicialmente as Leis Orgânicas de Saúde e, posteriormente, das Normas Operacionais Básicas (NOB) que regulamentaram o SUS (BRASIL, 2003).

Seguindo os princípios do SUS e com suas bases compatíveis com as metas traçadas pela OMS em Alma-Ata, foi concebido pelo Ministério da Saúde de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que surgiu como uma nova estratégia do setor saúde para ocupar o modelo do SUS, em substituição ao modelo vigente com o objetivo de ofertar cuidados primários à população, calcado na atenção integral ao indivíduo e a comunidade.

Apesar de surgir com a denominação de programa, há uma preferência entre alguns autores e técnicos do Ministério da Saúde pela utilização do termo

estratégia, segundo Stoner (1985) “estratégia é o programa geral para a consecução dos objetivos de uma organização e, portanto, para o desempenho de sua missão.” Deste modo, o estabelecimento de uma Estratégia significa dar direcionamento igualitário para a organização, favorecendo o alinhamento dos diversos objetivos. Pois o termo programa costuma se referir o projeto de caráter pontual e verticalizado, voltado para determinado grupo populacional e com prazo de realização pré-definido (PAIM, 1999).

O posto do PSF deve funcionar como porta de entrada do sistema de saúde e substitui as práticas convencionais por ter maior capacidade para atender às necessidades de saúde da população de sua área, e acompanhar de maneira integral a saúde da população que vive no território sob sua responsabilidade, significando importante barreira para os agravos conseqüentes ao não acompanhamento da saúde, tão permitindo a antecipação da solução o que acaba por viabilizar seus custos. No Brasil foi cunhado o termo atenção básica, que se caracterizava pelo conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. A ampliação do conceito de atenção básica se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (BRASIL, 1999).

O programa Saúde da Família brasileiro nasceu espelhado em experiências internacionais como as da Inglaterra, Suécia, Canadá e, principalmente, do Médico de Família de Cuba, mas não deve ser esquecido o acúmulo de experiências nacionais, como o Médico de Família de Niterói (RJ), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no Rio Grande do Sul, além do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, que sofreu forte influência do Programa de Agentes

de Saúde do Ceará e Goiás. São experiências nacionais que serviram para nortear de modo mais incisivo os direcionamentos concebidos, evitando a pura e simples implantação de um Programa que se adequasse pouco à nossa realidade, que por sinal é muito diferente dos países citados (SOUZA, 2003). Com especial atenção às necessidades nacionais, na concepção do programa ficou definido que a implantação ocorreria prioritariamente, nas áreas de risco e que, para definição dessas, seria utilizado o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (VIANA; DAL POZ, 1998).

As Diretrizes Operacionais do PSF apresentam as seguintes características:

- a) Caráter substitutivo, ou seja, substituição das práticas convencionais por um novo modelo centrado na atenção básica e na vigilância à saúde.
- b) Integralidade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família (USF) deve ser a porta de entrada do sistema, inserida num sistema integral, sendo garantida a referência e contra-referência. A integralidade foi definida como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Portanto pressupõe-se que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando forem necessários (STARFIELD, 2002).
- c) Territorialização e adscrição da clientela: tem o território de abrangência definido e o número de famílias por equipe, preconizado pelo Ministério da Saúde entre 600 e 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes.
- d) Equipe multidisciplinar: configura-se uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente de consenso. Tal relação baseia-se na

interdisciplinariedade, que pressupõe uma integração entre trabalhadores cada um com seus aportes práticos e teóricos, capazes e dispostos a dialogar na busca de consenso.

De acordo com Campos (1997), a atuação da equipe no modelo interdisciplinar estimula como impõe o diálogo e a interação entre os profissionais, possibilitando uma integração da visão biológica, social e subjetiva nos processos de trabalho e uma maior articulação na elaboração de projetos de intervenção, reduzindo sobremaneira o risco e intervenções incompletas e de redundância na elaboração de programas. Sobre a composição da Equipe de Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde recomendava que esta fosse composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo essa, portanto, a formação básica da ESF (BRASIL, 2000). O mesmo documento previa a participação de outros profissionais, incluindo o fisioterapeuta: “Outros profissionais, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características de organização dos serviços de saúde local” (BRASIL, 2000: p.15).

Os profissionais são servidores públicos que se habilitam para atuar no PSF, passam por uma avaliação de perfil para o trabalho comunitário ou são profissionais contratados por uma ONG. Após a seleção, realizam treinamento que os capacita a analisar a situação da sua área de trabalho (aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários). Essa primeira análise já é realizada com a participação da comunidade, quando são identificados os problemas e verificado o potencial que estas têm para resolvê-los. Esses profissionais devem se identificar com a proposta de trabalho do PSF, que exige criatividade e iniciativa para os trabalhos comunitários e em grupo, tendo cada um conhecer os limites de

competência e a responsabilidade operacional como profissional, e da sua inserção nas atividades da equipe, ou seja, o campo e o núcleo de competência e responsabilidade. O programa da Prefeitura do Rio apresenta um diferencial importante em relação aos programas existentes em outros municípios brasileiros: além de realizar as ações preventivas, está articulado com outro programa de saúde da prefeitura, o Remédio em Casa, que garante o recebimento em domicílio de medicamentos necessários a pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em toda a rede municipal de saúde. (PREFEITURA DO RIO, 2007).

A grande expansão do PSF ocorreu apenas a partir de 1998 com a implementação da NOB/96. Essa norma previa além da remuneração per capita para os municípios desenvolverem ações básicas de saúde, a destinação de incentivos para instalação e expansão da estratégia, através do Piso de Atenção Básica (PAB) variável, gerando um incremento de recursos de ordem de 77,8%, entre 1998 e 2001. Ao passo que os recursos destinados à totalidade da Atenção Básica foram ampliados em 86%, no mesmo período (MARQUES; MENDES, 2002).

Desde de dezembro de 2005 foram convertidos quatro postos em PSF, estando previstas mais 8 unidades tradicionais para esse novo modelo. Todos receberão os mesmos investimentos das unidades construídas para atender ao Programa de Saúde da Família. O ministério da Saúde repassa recursos do Piso da Atenção Básica ao município, de acordo com o número de equipes do PSF cadastradas. Também está previsto apoio financeiro para as equipes que incluam profissionais das áreas de reabilitação, saúde mental e nutrição, além da farmácia popular. Os postos e centros de saúde que adotam um modelo tradicional de atenção têm como foco principal a doença da população que chega à unidade de saúde. As unidades convencionais não realizam visitas domiciliares, embora possuam alguns programas de atenção à saúde, semelhantes aos do PSF.

Atualmente, agregam outros serviços complementares e atendimento em algumas especialidades. Já as unidades do PSF, se constituem na porta de entrada do sistema de saúde, onde os profissionais realizam consultas e procedimentos básicos, efetuam visitas domiciliares, supervisionam e capacitam os agentes comunitários. E mais: coordenam grupos de atenção à saúde e participam das ações intersetoriais na sua área de atendimento, entre outras atividades. As equipes do PSF constroem um vínculo com a comunidade, ao verificar os problemas e necessidades das famílias cadastradas e organizar a assistência a partir das prioridades discutidas com a própria população. (PREFEITURA DO RIO, 2007).

Essa medida aliada à publicação, entre outras, do documento “Saúde da Família: uma nova estratégia para reorientação do modelo assistencial” (BRASIL, 1999) demonstrou a importância que passou a ser dada à estratégia de Saúde da Família nas políticas públicas, confirmando a intenção de promover mudanças significativas no modelo de atenção à saúde vigente.

3 A HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA

Para que haja uma familiarização com o tema, é importante fazer uma breve descrição histórica da evolução da profissão do fisioterapeuta no Brasil, destacando os principais aspectos, especialmente os instrumentos legais ligados à profissão que garantiram a autonomia profissional do fisioterapeuta no Brasil.

A fisioterapia é uma ciência aplicada conforme Rebelato & Botomé (1987), cujo objeto principal do estudo é o movimento humano, os recursos próprios, com os quais, considerando as capacidades iniciais dos indivíduos, sendo físico e psíquico, como as sociais busca promover, aperfeiçoar ou adaptar essas capacidades, estabelecendo assim um processo terapêutico que envolve terapeuta, paciente, recursos físicos e materiais racionalmente empregados. A origem da profissão esteve vinculada às grandes guerras, surgindo, fundamentalmente, da necessidade de se tratar das pessoas fisicamente lesadas, com perdas totais ou parciais de membros, paralisias, atrofia, entre outras. O surgimento da profissão no Brasil também esteve diretamente ligado ao curar e reabilitar, nesse caso vítimas da poliomielite e de acidentes de trabalho, esses últimos provocados pelo rápido e explorador processo de industrialização, utilizando, na grande maioria dos casos, o homem sem formação adequada, vindo do campo. A fisioterapia teria como função principal reintegrar esse indivíduo ao sistema produtivo ou, ao menos, atenuar o seu sofrimento (REBELATO; BOTOMÉ, 1999).

Os primeiros registros da utilização de recursos fisioterapêuticos em serviços de saúde no país datam do final do século XIX, quando foram criados, no Rio de Janeiro, os serviços de eletricidade médica e de hidroterapia, tendo o primeiro serviço de fisioterapia sido instalado como tal, em 1884, no Hospital de Misericórdia

do Rio de Janeiro, pelo médico Arthur Silva. Em 1919, foi fundado em São Paulo o departamento de eletricidade médica. Dez anos após, o médico Waldo Rollim de Moraes colocou em funcionamento o serviço de fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho. Outros serviços foram instalados nos anos seguintes, sempre idealizados por médicos que, segundo Novaes Júnior (2005) "[...] eram distintos dos outros por estarem preocupados não apenas com a estabilidade clínica de seu paciente, mas com sua recuperação física para que pudessem voltar a viver em sociedade, com iguais ou parecidas funções anteriores ao agravo da saúde".

A partir de 1959, o curso criado em São Paulo foi ampliado e começou a formar fisioterapeutas, porém só alguns anos após, 1964, o curso passou a ser considerado de nível superior, com a fundação do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), sendo regulamentado em 1967. Paralelamente, no Rio de Janeiro, a partir da criação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), foi instalado, em 1956, o curso para formação de fisioterapeutas para atuar na entidade, com duração de dois anos, período que foi aumentado na turma seguinte para três anos.

Os primeiros documentos legais que se tem registro no Brasil sobre a fisioterapia são os pareceres 388/63, do Conselho Federal de Educação (CFE), e a portaria 511/64, do Ministério da Educação e Cultura, que homologou o documento anterior. Nessa portaria, atendendo a solicitação da ABBR e do INAR da USP, foi fixado o primeiro currículo mínimo do curso de fisioterapia (BARROS, 2002).

No ano de 1969, o Brasil passava por um momento conturbado, em plena vigência do Ato Institucional número 5(AI-5), Congresso fechado, período no qual houve um amplo desrespeito aos direitos humanos. O presidente Costa e Silva foi vítima de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), que o deixou paralisado, e foi substituído pelos ministros militares, que formaram então uma junta, a qual, após

pouco mais de um mês de assumir o poder, promulgou o Decreto-Lei 938, em 13 de Outubro do referido ano, regulamentando as profissões do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no Brasil. Esse decreto representou um salto excepcional no reconhecimento profissional do fisioterapeuta, em especial pela redação dos seus três primeiros artigos:

Art. 1 – É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente.

Art. 2 – O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art. 3 – É atividade privatista de o fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (BRASIL, 1969).

Como forma de “suprir a legislação original em suas lacunas” e “estabelecer uma melhor disciplina na distribuição de atribuições e competência na equipe de saúde, afastando impropriedades e incertezas” (NOVAES JÚNIOR, 2005), foi promulgada, em 17 de dezembro de 1975, a Lei n. 6.316, que determinou a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional foi instalado dois anos após a lei, em agosto de 1977, e no ano seguinte foram criados os três primeiros Conselhos Regionais por região administrativa do país (NOVAES JÚNIOR, 2005).

Com a criação do conselho, esse passou a ter como responsabilidade principal baixar atos com a finalidade de normalizar o exercício profissional da fisioterapia, documentos legais publicados como resoluções do COFFITO ou CREFITO, sendo numeradas progressivamente, dentre as quais podem ser

destacadas, por caracterizar a autonomia e a especificidade da profissão, as resoluções COFFITO-08, COFFITO-10 e COFFITO-80. Trinta e cinco anos após o reconhecimento legal da profissão, através do Decreto-Lei 938/69, e com a publicação dos documentos citados e de uma série de outros, o fisioterapeuta tem uma base sólida para o exercício da profissão, com responsabilidade e ética.

Na medida em que se tornou conhecida e que se ampliaram às áreas de intervenção da fisioterapia, houve um aumento na demanda pelo serviço na atenção básica, surge a implementação da Portaria n.1065, de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde (ANEXO 3) que cria os núcleos de atenção integral na saúde da família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde, torna possível a inclusão do fisioterapeuta e de outros profissionais de saúde nas equipes do PSF dos municípios brasileiros.

4 A FISIOTERAPIA E SUA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Baseado no exposto, o fisioterapeuta pode desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, dentro da equipe multidisciplinar. Porém devido a aspectos de ordem político-econômicos e organizacionais sua função é pouco divulgada e subutilizada, contudo paulatinamente experiências isoladas em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da fisioterapia no Programa de Saúde da Família enriquece e desenvolve ainda mais os cuidados de saúde da população (BARROS, 2002). O impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser satisfatório pelo processo de implantação dessa estratégia (DOMINGUEEZ; 1998).

As atribuições profissionais do fisioterapeuta na Saúde Coletiva em ações básicas de saúde:

- a) Participar de equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, a implementação, ao controle e a execução de projetos e programas de ações básicas de saúde.
- b) Promover e participar de estudos e pesquisas voltados a inserção de protocolos da sua área de atuação, nas ações básicas de saúde.
- c) Participar do planejamento execução de treinamentos e reciclagens de recursos humanos em saúde.
- d) Participar de órgãos colegiados de controle social (ANEXO 4) (COFFITO, 1984).

A participação do fisioterapeuta no PSF e em programas e ações básicas similares de cuidados primários em saúde é condição fundamental para a concretização das diretrizes de uma assistência à saúde realmente integral, ao

contrário do tradicional modelo medicalizado, fragmentado, hospitalocêntrico e baseado na dependência e exclusão social (SOUZA, 2006).

Apesar das dificuldades que os fisioterapeutas têm de serem inseridos na Saúde da Pública, devido a sua formação reabilitadora, ou seja, atuantes na atenção terciária, o fisioterapeuta tem muito a colaborar com ações preventivas e curativas de acordo com as necessidades da população alvo. Porém, a atuação do fisioterapeuta na atenção primária pressupõe-se uma adequação de sua prática e uma reflexão contínua de suas ações no sentido de promoção de saúde à população com qualidade (RIBEIRO, 2002).

Enfocando-se a questão do idoso, o envelhecimento da população, fenômeno que vem sendo observado em todos os países, oriundo da melhoria da qualidade de vida da população no que tange ao acesso a medicamentos, é um dos maiores desafios deste século. Embora a velhice não seja sinônimo de doença, na alta idade aumenta o risco de comprometimento funcional, com a conseqüente perda da Autonomia e Independência, interferindo significativamente na vida de relação. A avaliação funcional dos idosos torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários (CIANCIARULLO, 2002).

O trabalho com grupos tem se mostrado como uma possibilidade de atuação da Fisioterapia na atenção básica, em que se pode adequar às necessidades dos usuários e a disponibilidade de profissionais, podendo representar uma estratégia de atender a uma demanda que não tem possibilidade de ser atendida individualmente (RIBEIRO, 2002), com isso podem ser mais bem aproveitados os espaços em função das demandas emergentes. Ainda assim, a atividade em grupo pode favorecer a socialização, o que deve ser visto com bons olhos.

O atendimento domiciliar, por sua vez, é uma atividade que se mostra imprescindível ao trabalho na atenção primária, pois é nesse nível de atenção que nos deparamos com a realidade das pessoas que precisam de atendimento fisioterapêutico e não podem se deslocar ao serviço. Esse entendimento requer do profissional uma disponibilidade de tempo maior para a sua realização do que no serviço de saúde, pois, além do tempo necessário ao deslocamento para o domicílio, o atendimento nestas circunstâncias torna-se mais demorado em função da necessidade de adaptação dos procedimentos às condições do ambiente. Nesse contexto, a orientação ao cuidador e aos agentes de saúde, tem sido a solução apontada para assegurar a continuidade e dar uma maior intensidade ao tratamento (RIBEIRO, 2002). A valorização da subjetividade encontrada em cada paciente e em seu domicílio, amplia as fronteiras de intervenção em relação as comentes fundamentadas em avaliações sistemáticas, que se preocupam exclusivamente com as perdas físico- funcionais ocasionadas por uma lesão ou por uma patologia específica. Portanto, é importante a identificação do paciente dentro do seu contexto psicossocial (FREITAS, 2002). Outro ponto benéfico do atendimento domiciliar é a oportunidade de avaliar o ambiente onde o paciente reside. As informações obtidas a partir de uma avaliação ambiental auxiliam na determinação das necessidades de intervenções terapêuticas adicionais, modificações ambientais e equipamento adaptativo. Ademais, elas ajudam na preparação do paciente e sua família para o melhor conforto em um determinado ambiente físico (O'SULLIVAN e SCHMITZ,1993).

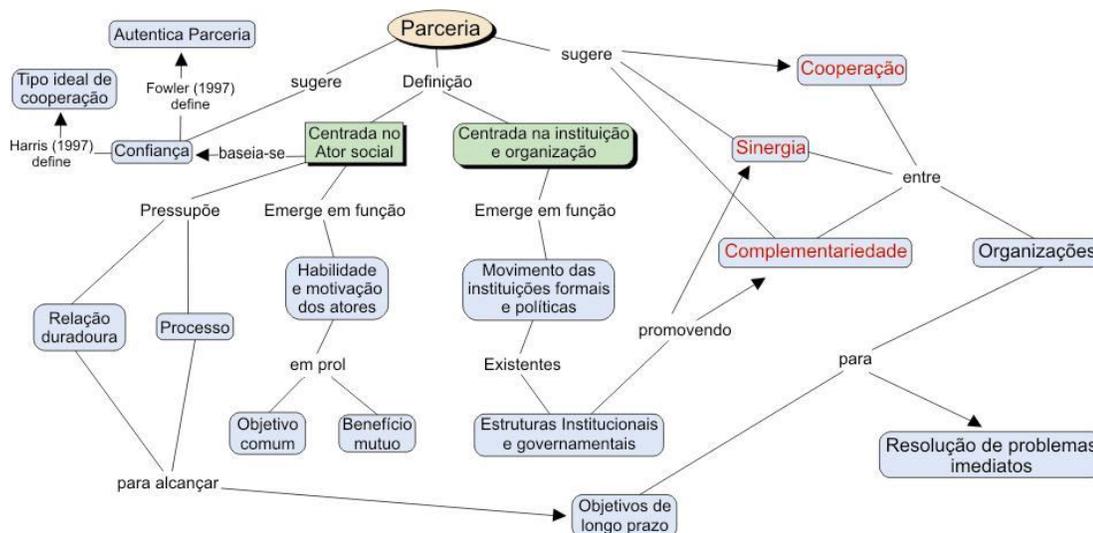
O Ministério da Saúde estimula a conversão do modelo de atenção básica tradicional em saúde da família como forma de estruturar o atendimento na rede de saúde, que assegura a assistência integral aos usuários, torna-se importante o surgimento de novas parcerias (PREFEITURA DO RIO, 2007).

5 CONCEITO DE PARCERIA

Ao buscar o conceito de parceria percebe-se a diversidade de significados, possivelmente devido às experiências de cada um, gerando uma abrangência bastante interessante. Na discussão na literatura predominam duas perspectivas: uma centrada no ator social onde a auto-organização envolve os parceiros na dependência da existência de confiança, emerge como resultado da habilidade e motivação. A outra é centrada nas instituições e organizações onde a parceria é o resultado movimento das instituições formais e políticas, emerge incentivos e oportunidades criadas por estruturas existentes como institucionais e governamentais está relacionada com a complementaridade. Esta reflexão está expressa no Fluxograma 1.

De acordo com LEWIS (2000) “parceria sugere a noção de cooperação, confiança, complementaridade e sinergia entre indivíduos e organizações para alcançar um objetivo comum.”

5.1 Fluxograma 1 – Conceituação de Parceria

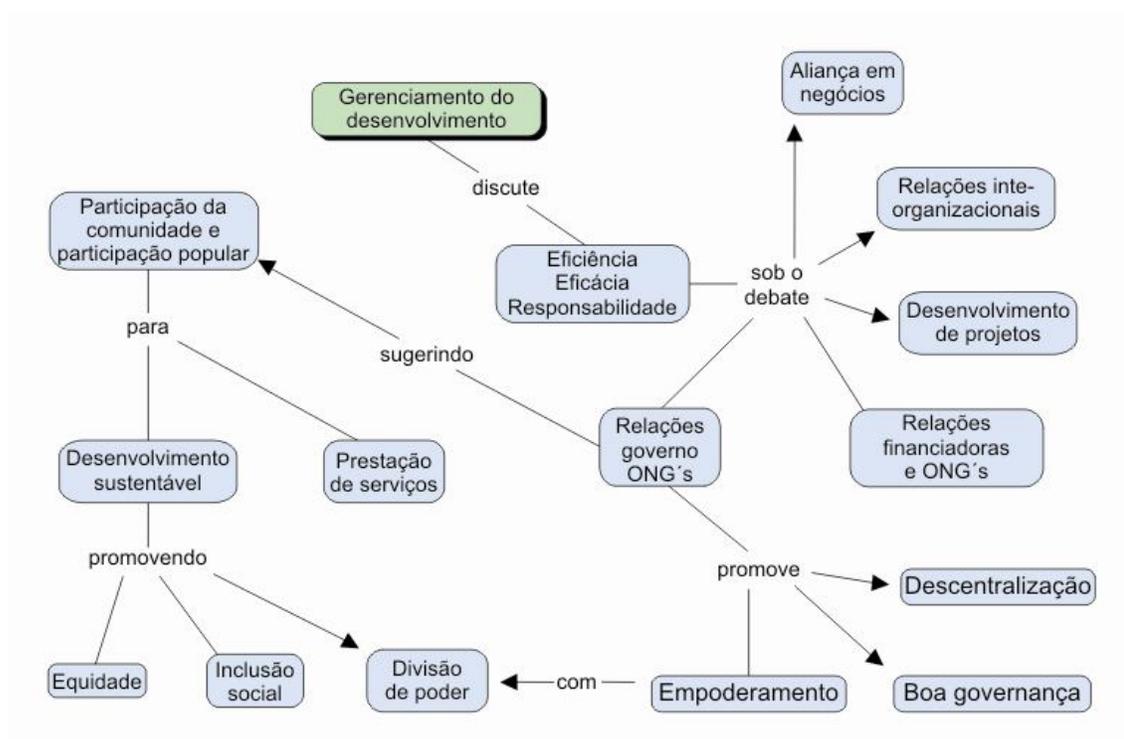


Fonte: www.projeto.org.br

A parceria pode ser criada em um pequeno espaço de tempo para representar uma solução de um específico problema ou para alcançar um objetivo de longo prazo. Na corrente principal do gerenciamento do desenvolvimento, a parceria apresenta-se como instrumento a ser usado no alcance de objetivos mais precisos, relacionados à eficiência, eficácia e responsabilidade das organizações, não sendo tratada como um instrumento de participação das pessoas em ação do setor público ou como um caminho de comprometer a sociedade através das necessidades humanas básicas, mas deve ser tratada como uma forma de conciliar recursos públicos e privados para desenvolver de forma eficaz e efetiva programas públicos. Um dos tipos de análise mais recorrente é o tipo que considera particularmente a relação entre governo e ONGS e órgãos financiadores e ONGS no qual o foco é a efetividade da parceria para políticas de descentralização, boa governança e empoderamento dos atores envolvidos. O poder dos órgãos financiadores e governo recebem críticas quanto a utópica existência de um perfeito

equilíbrio de poder entre o governo e ONGS e órgãos financiadores e ONGS que, entretanto, na prática não ocorre em nenhuma realidade o que podemos visualizar no fluxograma a seguir (BENNET E KREBS,1994).

5.2 Fluxograma 2 – Gerenciamento do Desenvolvimento



Fonte: www.projeto.org.br

6 CONVÊNIOS E PARCERIAS ENTRE O SETOR PÚBLICO E O TERCEIRO SETOR

Em 1997, o governo federal realizou uma grande pesquisa para obter elementos que fossem revistos para a celebração de convênios ou parcerias entre o poder público e o setor sem fins lucrativos. Torna-se recente a experiência de criar alternativas ao sistema de convênios surgindo novos contratos de gestão com organizações sociais, e termos de parceria com organização da sociedade civil de interesse público. O terceiro setor apresenta-se sensível ao acesso com o repasse de verbas sob a forma de convênios. Nos dias atuais é necessário que haja incentivos para a realização de novos convênios. (BARBOSA, 1999)

6.1 INCENTIVOS AO TERCEIRO SETOR MEDIANTE REPASSE DE VERBAS PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS

Segundo Barbosa (1999) “Pesquisa realizada em cartórios de registro de entidades revelou que diante de normas federais, estaduais e municipais que oferecessem repasse de verbas para instituições sem fins lucrativos que exercessem determinadas atividades, havia um efetivo incremento das mesmas” Ainda segundo Barbosa (1999), são exemplos de parceria a atividade desenvolvidas em Clubes Desportivos Municipais; Clubes de Mães; Associações de creches comunitárias e Caixas de Custeio Escolar.

6.2 A LEGISLAÇÃO COMO FATOR DE INCENTIVO AO TERCEIRO SETOR

No contexto a legitimidade das organizações é proporcionada pela difusão de regras e procedimentos caracterizando os ambientes institucionais. “Alguns elementos da chamada “Teoria Sociológica Institucional” podem ser invocados como subsídios para a análise do impacto do ambiente institucional-legal no terceiro setor. Nesta perspectiva de abordagem, determinada estrutura, para ser institucional deve ser capaz de gerar uma ação” (TOLBERT & ZUCKER, 1998, apud BARBOSA, 1999). A legislação tem um papel indutor da criação de entidades, e os estímulos mais poderosos estão relacionados ao repasse de verbas. Se o repasse obedecer aos princípios de transparência e responsabilidade - seleção e checagem criteriosa dos recursos públicos a legislação poderá fomentar a vida associativa (BARBOSA, 1999).

6.3 TENDÊNCIAS ATUAIS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

O governo se empenha na relação ao atendimento de algumas demandas, e concretiza recentes e importantes alterações na legislação do terceiro setor.

Em fevereiro de 1998, a Lei n.9068 regulamentou o serviço voluntário; em março de 1999 a chamada “lei das ONG`S” de Nº.9790 - criou a qualificação de organizações da sociedade civil de interesse público, dispondo que as entidades assim qualificadas poderiam se candidatar a parcerias com o poder público.

Para qualificar-se como organização da sociedade civil de interesse público, a lei dispõe que a entidade deve dedicar-se a algumas das seguintes atividades: **a)** Assistência Social; **b)** Promoção da Cultura e Defesa e Conservação do patrimônio histórico, artístico, arquitetônico e paisagístico nacional; **c)** Promoção da Educação em qualquer nível (excluídas as escolas privadas dedicadas ao ensino formal não gratuito e suas mantenedoras); **d)** Promoção da Saúde Pública e da Saúde em geral (excluído os hospitais não gratuitos e assemelhados e suas mantenedoras); **e)** Promoção da alimentação, nutrição e da segurança alimentar e nutricional; **f)** Defesa, Prevenção e Conservação do meio ambiente e Promoção do desenvolvimento sustentável; **g)** Promoção do voluntariado; **h)** Promoção do desenvolvimento social e combate à pobreza; **i)** Experimentação de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito; **j)** Defesa e Promoção de direitos estabelecidos e construção de novos direitos, inclusive os coletivos, difusos e emergentes; **k)** Promoção da ética, da paz, da cidadania, da democracia e de outros valores universais; **l)** Pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico e produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científico relativos às atividades aqui mencionadas (BANCO MUNDIAL, 1997).

O elenco apresentado corresponde, de modo geral, ao que a literatura especializada classifica como entidades de “fim público” (BANCO MUNDIAL, 1997). Nota-se, pois, que a legislação brasileira quer incentivar no presente momento, a criação de entidades dedicadas a estas finalidades. Apenas as entidades que se qualificarem como de interesse público poderão ter acesso a “Termos de Parceria”.

No entanto, nota-se que a lei não estabeleceu critérios claros de seleção para efeito de escolha da entidade parceira, destinatária de recursos públicos. Sem um critério seletivo claro, haveria uma grave lacuna na legislação que tornaria o termo

de parceria permeável o aproveitamento político-eleitoreiro. Porém, o critério seletivo - concurso de projetos ou programas de trabalho entre as entidades interessadas na parceria - veio a ser estabelecido no Decreto 3.100, de 13.06.99 (Publicado no Diário Oficial da União da 01.07.99), que regulamentou a lei em questão (BARBOSA, 1999). De acordo com o Decreto 27.396, de 4 de dezembro de 2006 torna público, em anexo único, a relação das Organizações Não Governamentais – ONGS, inscritas na forma do Decreto 24.547 de 20 de agosto de 2004 no qual a inscrição no cadastro permite a participação em licitação por seleção onde propõe a inclusão de novas entidades ou a exclusão de entidades inscritas pelo não cumprimento do estabelecido pela Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro, é quando podemos citar a AECS onde encontra-se inscrita neste cadastro (ANEXO 5) .

A Subsecretaria de Administração e Finanças torna público em 09 de novembro de 2007 o projeto Centro de Fisioterapia Canal do Anil, conforme o Decreto 19752 de 05 de abril de 2001 como referência para o processo seletivo de novas entidades para o atendimento de reabilitação de adolescentes, adultos com deficiência transitória ou permanente através de ações de fisioterapia, fonaudiologia e terapia ocupacional, individual ou em grupo (ANEXO 6) (EDITAL N° 007).

7 CONHECENDO A ASSOCIAÇÃO DAS AGENTES EDUCADORAS COMUNITÁRIAS DE SAÚDE DO CANAL DO ANIL

A Associação das Agentes Educadoras Comunitárias de Saúde do Canal do Anil (AECS) é uma entidade de caráter educacional, organização não governamental da sociedade civil, de direito privado, sem fins lucrativos, com sede própria, localizada na Avenida Canal do Anil, 128-Anil, anexo Rua Melo 02, no bairro de Jacarepaguá-RJ. Foi fundada em junho de 1996, pela Sra. Bárbara Mosley de Souza (ENFERMEIRA) e mulheres da comunidade, após uma grande enchente no Rio de Janeiro, inundando todo o bairro do Canal do Anil. A AECS tem como objetivo atuar na promoção de saúde, prevenção e tratamento das doenças, contribuindo de forma direta na promoção social e econômica dos moradores dessa comunidade.

A AECS criou o Centro de Fisioterapia em 1998 na comunidade do Canal do Anil, atendendo mais de 300 pessoas com diversos tipos de seqüelas, apresentando dificuldades de locomoção para outras unidades de saúde.

O Centro de Fisioterapia visa o desenvolvimento e a inclusão social promovendo e incluindo adolescentes, adultos e idosos através das atividades fisioterápicas. A renda per capita da comunidade é muito baixa, com um baixo nível de escolaridade, apenas a quarta série do ensino fundamental, com um percentual muito grande de analfabetos, dificultando a sua inserção no mercado de trabalho, vivendo do subemprego. Hoje em dia existe uma enorme procura ao atendimento fisioterapêutico gratuito, visto que os hospitais públicos não estão conseguindo suprir a demanda de pessoas que precisam de tratamento.

Um dos projetos inovadores e de grande impacto na comunidade é o convênio firmado em 1999, entre AECS e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, implantando a Estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), que fica anexo ao Centro de Fisioterapia.

Foto 1 - Entrada do Centro de Fisioterapia na AECS



Foto 2 - Entrada do Centro de Fisioterapia na AECS

A AECS possui uma entrada com condições de acesso aos portadores de necessidades especiais como demonstrado na Ilustração 1. A Sala de espera disponibiliza de assentos e banheiro para utilidades dos pacientes como podemos observar na Ilustração 2.



Foto 3 – Sala de Espera para o Atendimento Fisioterapêutico

As instalações do Centro de Fisioterapia possuem infra-estrutura própria e adequada, disponibilizando os meios necessários a oferta de serviços. Possui uma área total de 100m, sendo que as instalações físicas do ginásio apresentam condições de tratamento para portadores de necessidades especiais, bem como, equipamentos apropriados e uma sala de avaliação como ilustrado na Ilustração 3 de acordo com as Normas e Padrões de Construção e Instalações de Serviços de Saúde (ANEXO 7).



Foto 4 – Ginásio da Fisioterapia

No mesmo ginásio encontramos área disponível para assepsia e higiene dos profissionais com excelentes condições de limpeza e com manutenção apropriada conforme a Ilustração 4.



Foto 5 – Ginásio da Fisioterapia

A AECS, juntamente com o Centro de Fisioterapia do Canal do Anil não atua

sozinha e para isso conta com muitos parceiros, dentre eles podemos destacar: Setor Público, Privado, Organizações governamentais e não governamentais e com a própria comunidade.

8 O NÚCLEO DE REABILITAÇÃO ATRAVÉS DA PARCERIA PÚBLICO PRIVADO

De acordo com MONTORO FILHO (2004) no tocante à alocação dos recursos disponíveis e a produção de bens e serviços, os mercados, entendidos como um sistema descentralizado de tomada de decisão tem-se mostrado eficientes e superiores a sistemas centralizados e governamentais de planejamento central. As razões normalmente apontadas para esta superioridade se encontram no sistema de informações e incentivos automáticos inerentes aos mercados em contraposição à necessidade de regras e controles burocráticos próprios a decisões governamentais.

É preciso considerar, entretanto que existem situações onde aparecem falhas ou fracassos de mercado. Quando isto ocorre o resultado alcançado não é o mais eficiente e o socialmente desejado.

Havendo fracasso de mercado, deve-se averiguar a viabilidade de ações governamentais para promover correções, analisar os instrumentos disponíveis para a intervenção estatal e escolher aqueles que se mostrarem mais propícios para o sucesso da ação. Sucesso incluindo não apenas a correção da distorção, mas também os custos envolvidos nesta tarefa, cotejados com as disponibilidades financeiras do setor público e com o uso alternativo destes recursos.

Em diversas áreas apesar de a produção privada ser viável, o livre jogo das forças de mercado não resultará em preços e/ ou quantidades eficientes.

O governo pode ele próprio produzir o bem ou serviço, ou pode regular a atividade privada e fazer parcerias com o setor privado.

As parcerias público-privado se constituem em uma forma alternativa de financiar a operação e expansão de setores onde existam importantes falhas de

mercado e que apresentem profundas repercussões sociais e econômicas.

É de enorme importância estabelecer formas jurídicas que efetivamente garantam a segurança dos contratos de parceria. Não apenas a segurança jurídica, pois é sempre custoso recorrer para garantir direitos. É fundamental que se crie um ambiente institucional, uma cultura de permanência das regras (MONTORO FILHO, 2004). O quadro abaixo evidencia que na cidade do Rio de Janeiro há carência do Serviço de Fisioterapia, cuja atuação integra os programas de reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde. A pobreza na distribuição por área programática torna-se elemento dificultador de acesso aos tratamentos fisioterapêuticos (ANEXO 8).

8.1 Quadro 1 – Distribuição de área Programática, de unidades que prestam atendimento na área da Reabilitação na cidade do Rio de Janeiro

AP	Unidades	Serviços
AP 1.0	CIAD Mestre Cadeia	Serviço de Reabilitação e NAIDI (Reabilitação Infanto-Juvenil)
	CMS Ernesto Zeferino Tibau Jr.	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA e Pólo de Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Diabetes
	HM Barata Ribeiro	Serviço de Referência em Ortopedia e Setor de Fisioterapia
	Hospital Maternidade Oswaldo Nazaré	NAIRR (Reabilitação e acompanhamento de RN de Risco)
	IMAM Fernando Magalhães	NAIRR
AP 2.1	CMS Manoel José Ferreira	Unidade de Terapia de Fono para DA e Setor de Fisioterapia
	CMS Píndaro Carvalho	Pólo Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Diabetes
	PAM Dom Helder Câmara	Pólo de Voz
AP 2.2	Centro de Reabilitação Oscar Clark Centro de Reabilitação	Serviço de Referência em Reabilitação
	CMS Maria Augusta Estrela	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
	CMS Heitor Beltrão	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
AP 3.1	PAM Newton Alves Cardoso	Setor de Fisioterapia
	PAM Ma. Cristina Roma Paugarten	Serv. De Reabilitação; NAIDI; Terapia de Fono para DA e Pólo Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Diabetes
	Policlínica José Paranhos Fontenelle	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA e Pólo de Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Diabetes

	PS Madre Tereza de Calcutá	NAIDI e Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
AP 3.2	CMS Milton Fontes Magarão Complexidade	Pólo de Média Complexidade em Saúde Auditiva
	PAM Rodolpho Rocco	Setor de Fisioterapia e Unidade de Terapia de Fono para DA
	Hospital Maternidade Carmela Dutra NAIRR	NAIRR
	Centro Municipal de Reabilitação Unidades	Centro de Reabilitação;NAIDI;Pólo de Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Diabetes Serviços
AP 3.3	CMS Clementino Fraga	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
	Hospital Francisco da Silva Teles	Setor de Fisioterapia
	Maternidade Herculano Pinheiro NAIRR	NAIRR
	PS Nascimento Gurgel	
	PAM Alberto Borgeth	Serviço de Reabilitação e Pólo de Prevenção/Tratamento de incapacidades Hansen e Diabetes
AP 4.0	CM de Reabilitação Vianna do Castelo	Leitos de Reabilitação e Follow-up
	CMS Jorge Saldanha Bandeira de Mello	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
AP 5.1	CMS Waldir Franco	Pólo de Média Complexidade em Saúde Auditiva e Pólo de Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Diabetes
	PAM Manoel Guilherme da Silveira	Serviço de Reabilitação;NAIDI e Pólo de Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Diabetes
	PS Dr. Eithel Pinheiro Oliveira Lima	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
	PS Sir Alexander Flemming	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
	PS Prof. Masao Goto	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
AP 5.2	CMS Belizário Penna	Pólo de Média Complexidade em Saúde Auditiva
	PS Prof. Manoel de Abreu	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
	PS Dr. Woodrow Pimentel Pantoja	
	PS Dr. Mário Rodrigues Cid	Serv. de Reabilitação;NAIDI; Terapia de Fono para DA e Pólo de Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Diabetes
	PS Dr. Raul Barroso	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
	PS Prof.Edgar Magalhães Gomes	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
AP 5.3	CMS Lincoln de Freitas	Serv. de Reabilitação;NAIDI;Terapia de Fono para DA e Pólo de Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Diabetes
	PS Prof. Waldemar Berardinelli	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA
	PS Dr. Décio do Amaral Filho	Unidade de Terapia de Fonoaudiologia para DA e Pólo de Prevenção/Tratamento de Incapacidades Hansen e Daibetes

Fonte: reabilita@rio.rj.gov.br

O fato é a área de abrangência torna-se carente para atender a demanda, onde podemos observar no quadro citado acima, em que demonstra a distribuição de locais para atendimentos de reabilitação no qual não faz parte dos princípios básicos do programa, que visa atender uma população adscrita e com facilidade do acesso, fortalecendo a descentralização na prestação do serviço da atenção básica

em saúde na comunidade.

Tal fato leva a necessidade de mudar este contexto na saúde. Esta proposta chegou até a Subsecretaria de Administração e finanças da Secretaria Municipal de Saúde tornando possível a implementação de novas unidades de reabilitação, uma conquista real em que o Centro de Fisioterapia Canal do Anil tornou-se uma referência para um processo seletivo de novas redes no Município do Rio de Janeiro.

A Portaria Nº. 154, de 24 de janeiro de 2008 considera o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família definida por meio da Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela ESF. Sendo assim considera o parágrafo único do Art. 3º da Lei Nº.8080 de 1990 deve dispor de ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A Portaria n.699/GM de 30 de março de 2006 (ANEXO 10), que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e Gestão, resolve no Art 2º estabelecer que os

Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das ESF – compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade no qual o NASF está cadastrado (ANEXO 2) (PORTARIA Nº 154). A responsabilização compartilhada entre as equipes de Saúde da Família e a equipe do NASF na comunidade, prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de atenção básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de

coordenação do cuidado no SUS (PORTARIA n.699/GM, 2006).

O NASF é classificado em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2 e deve ser composto por médico – acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico generalista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.

A diferença entre o NASF 1 e NASF 2 se dá por densidade populacional seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. (PORTARIA Nº 154).

O serviço da AECS no ano de 2006, prestou atendimento diário para 35 pessoas, realizando 175 atendimentos semanais, 787/mensal, totalizando 9.450 atendimentos/anual, no ano atual presta um atendimento diário para 45 pessoas, realizando 225 atendimentos semanais, 900/ mensal. O Centro de Fisioterapia Canal do Anil destina-se ao público alvo de ambos os sexos, adolescentes, adultos e idosos que clinicamente necessitam de cuidados específicos tais como: afecções traumato-ortopédicas, afecções reumatológicas, afecções neurológicas e doenças degenerativas, direcionado à população do Anil em parceria com o Programa Saúde da Família Canal do Anil, totalizando mais de 30 mil pessoas, o programa é responsável pelo cadastro das famílias na área de abrangência, hoje com 4 mil famílias cadastradas, totalizando mais de 10 mil pessoas atendidas (PROJETO CENTRO DE FISIOTERAPIA, 2006).

Existem critérios de inclusão dos pacientes para a reabilitação o indivíduo deve ser encaminhado pelo hospital ou pelo PSF Anil, portando um laudo médico que conste a doença de base, estado clínico, medicação em uso e exames complementares.

De acordo com a disponibilidade de vaga e horário o indivíduo a ser atendido começará imediatamente; caso contrário permanecerá numa lista de espera aguardando ser chamado. Será marcado um período para que o paciente após ter realizado tratamento de uma série de 10 sessões seja reavaliado: podendo ser dada alta fisioterapêutica ou caso contrário seja dada à continuidade do tratamento. Tendo como base o projeto de implantação do serviço de fisioterapia, a permanência na unidade será de 120 dias, prazo em que será trabalhado na sua capacidade funcional plena, parcial ou adaptado. Findo este prazo, caso seja necessário, será encaminhado as unidades públicas, que possam dar continuidade ao tratamento iniciado. Receberá alta domiciliar no mesmo período, o paciente terá 6 meses para a reabilitação após este período, o profissional ainda permanece mais 30 dias para o feedback das orientações dadas para o paciente e o cuidador e a partir deste período o contato passa a ser através do ACS.

Nos dias atuais o atendimento é realizado de forma direta (400 adolescentes, adultos e idosos) e indireta (2000 famílias). Com a parceria o Centro de Fisioterapia Canal do Anil pretende aprimorar o serviço de reabilitação atuando diariamente no atendimento de mais de 80 pessoas /dia no período das 08:00 às 17:00 hs de segunda à sexta- feira, totalizando 400 atendimentos/ semanais.

Hoje ela disponibiliza de recursos humanos e materiais com o propósito de aumentar a oferta de serviço e melhorar a resolubilidade dos quadros clínicos. A parceria destina-se ao financiamento de gastos com custeio demonstrados na relação a seguir:

9 RECURSOS HUMANOS E MATERIAS DO CENTRO DE FISIOTERAPIA DA AECS

9.1 Humanos

Quadro 2 – Distribuição dos Profissionais

Atividade	Quantitativo	Local
Fisioterapeuta	2	Ambulatório
Fisioterapeuta	1	Domiciliar
Estagiário de Fisioterapia	4	Ambulatório
Serviços Gerais	1	Ambulatório
Assistente Administrativo	4	Ambulatório

Fonte: Centro de Fisioterapia da AECS

9.2 Materiais

Quadro 3 – Materiais Existentes

Característica	Quantidade
TENS/FES	5
Ondas Curtas	1
Infravermelhos	2
Ultra-Son	3
Fornos de Bier	5
Thera-band (todas as cores)	3
Caneleiras (1 Kg e 2 Kg)	2 pares
Halteres (1kg e 2kg)	2 pares
Rolo de punho	1
Pronosupinador	1
Roda de ombro	1
Sistema de polias	1
Digiflex	3
Monoflex	2
Bolas-exercitador de dedo	7
Bolas suíças (Bobath – 55cm)	7

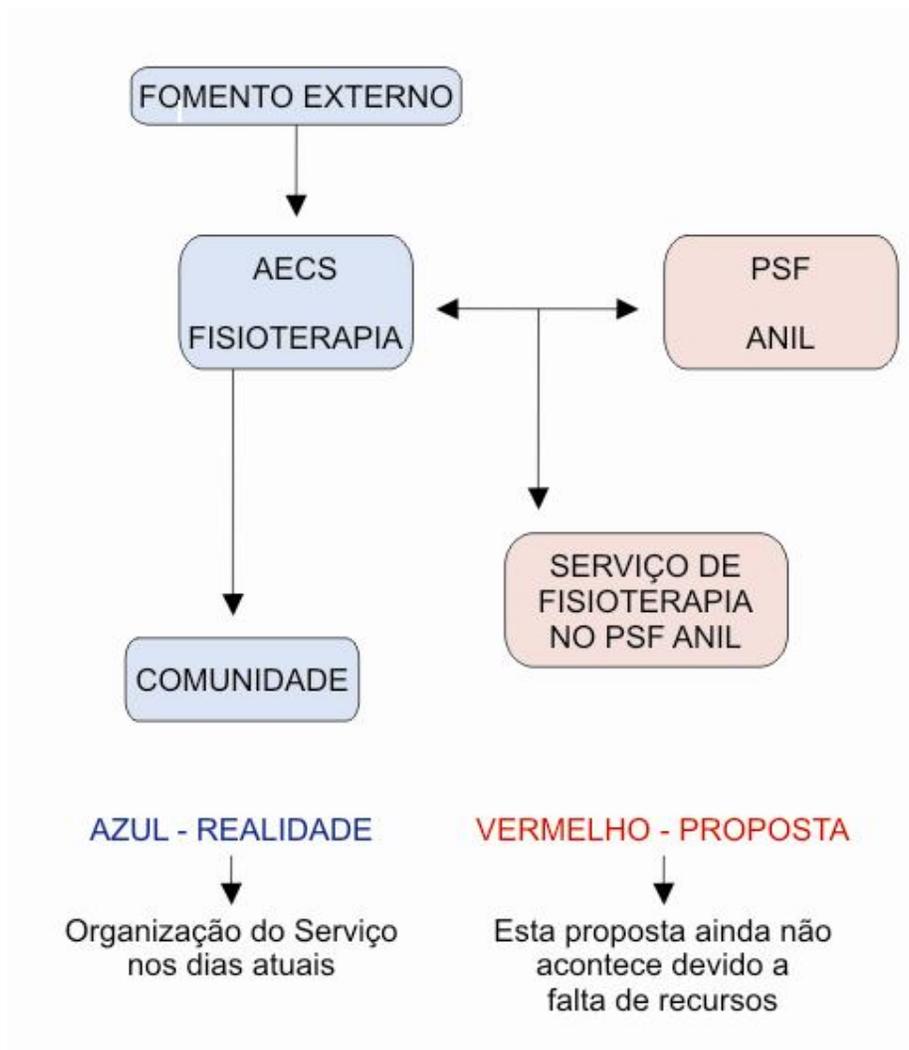
Bastões	5
Tábua propioceptiva	1
Tábua de quadríceps	1
Escada de dedos	1
Tração cervical	1
Esteira elétrica	1
Barra paralela	1
Esteira Ergométrica	1
Bicicleta Ergométrica	2
Macas	6

Fonte: Centro de Fisioterapia da AECS

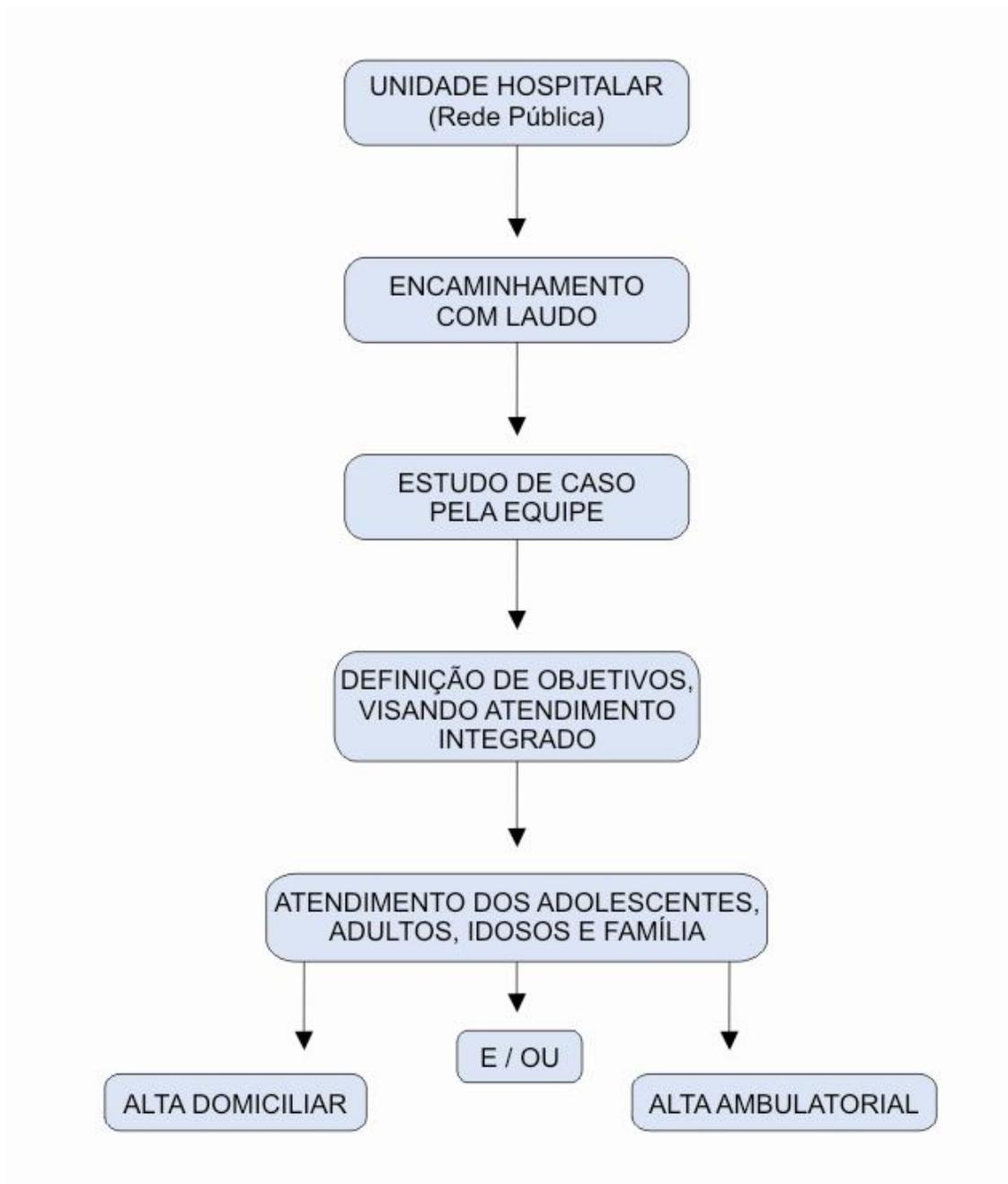
10 ESQUEMA DE AÇÃO

O esquema de relacionamento das instituições envolvidas é consequência do desenvolvimento desse estudo e está apresentado no fluxograma a seguir.

10.1 Fluxograma 3 – Ação das Instituições Atualmente



10.2 Fluxograma 4 – Funcionamento do Serviço de Fisioterapia



Fonte: AECS.

11 A DEMANDA DE USUÁRIOS

Na organização dos serviços de saúde no Brasil predominou, até a década de 1970, a tendência de destinar o maior aporte de recursos à rede hospitalar, cujos serviços eram prestados predominantemente pela rede privada credenciada. Isso determinou uma concentração dos atendimentos nesse nível de atenção e uma sobrecarga, com uma demanda que poderia ser atendida em serviços de menor complexidade.

É notória a importância da fisioterapia, da sua inserção na atenção básica devido a grande demanda de pessoas que precisam de serviço, mas que são impossibilitados pelos limites físicos que muitas patologias trazem como também os limites arquitetônicos encontrados nas comunidades periféricas (ladeiras, ruas com buracos, etc) e fora isso as condições sócio-econômicas, que em sua maioria são precárias, até mesmo para gastos em transportes (MEDINA, AQUINO, 2000). O conjunto específico dessas necessidades básicas inclui demandas principalmente sanitárias, tais como, o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde, que geram ações tradicionais da Saúde Pública. Mais inclui igualmente as demandas relacionadas a algumas ações clínicas, que fundamentalmente podem ser de dois tipos: as que cobrem a prevenção, a profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico, e, portanto, sob vigilância epidemiológica da Saúde Pública, e as que constituem demandas tipicamente clínicas, de prevenção ou recuperação, quadros simultaneamente muito frequentes e apoiados em técnicas diagnósticos e terapêuticos de menor uso de equipamentos, mas que, em contrapartida, exigem, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações

individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (MENDES, 1996).

Em vista desta situação, é necessário que rede de atenção primária à saúde não só atue no campo das doenças infecciosas (vacinação, puericultura, pediatria, etc.), mas também passe a atuar nas áreas crônico-degenerativas e traumáticas. Para tanto é importante uma redefinição nos aspectos de espaço físico e no perfil de profissionais que irão atuar na equipe de saúde. Com esse aumento do número de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas e traumáticas, fica cada vez mais evidente a importância das atividades de prevenção, promoção e reabilitação dos pacientes, como funções da equipe de saúde (KATO et. al, 1994).

As doenças crônico-degenerativas representam parte integrante da demanda trazida pelos adultos e principalmente pela população que envelhece (MENDES, 1996).

12 QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

No contexto geral, a otimização de efetividade e equidade na atenção primária, requer uma qualidade da atenção, ou seja, verificar as necessidades de saúde existentes ou potenciais, colocando em prática o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e solução dos problemas. Assim os serviços de alta qualidade levam em consideração a consciência dos problemas de saúde na população, bem como as características populacionais e sub-populacionais que geram ameaças para a saúde no futuro. A preocupação com a alta qualidade dos serviços de saúde não está direcionada somente a adequação dos serviços para o diagnóstico mais também os serviços que previnem doenças futuras e promovem melhorias na saúde, relacionado em todos os níveis dos serviços de saúde, incluindo emergência e atenção especializada. O termo qualidade também é usado para ampliar o sentido de reflexão não somente voltada à qualidade de atenção, como já foi definida, mas também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, qualificação dos profissionais de saúde, segurança, higiene e adequação de equipamentos que contribuem para a prestação de serviços. Indiretamente a satisfação com os serviços está relacionada com a qualidade, por influenciar na busca de determinados tipos de serviços. Podemos observar que as disponibilidades dos recursos financeiros são direcionadas aos serviços de maior efetividade e aplicado na região onde se encontra populações que mais necessitam deles (REID, HURTADO, 1996 **apud** STARFIELD, BÁRBARA, 2002 p:420).

13 RESPONSABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Segundo Starfield (2002) A abordagem institucional avalia a variedade de serviços o que torna necessário comparar os serviços disponíveis em vários tipos de planos de saúde ou organizações de atenção à saúde e os equipamentos utilizados na variedade de serviços. Considerar competência de equipe em lidar com uma ampla variedade de problemas e sistemáticas existentes é avaliar a abordagem e obter os serviços em outros locais, nos quais são oferecidos em sua unidade. Avaliar a integralidade requer determinar a frequência das necessidades de saúde da população a ser atendida, estabelecendo a variedade de serviços para atender as ocorrências suficientemente frequentes na atenção primária mantendo a competência em lidar com as adversidades.

14 MEDIÇÃO DO RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES

Segundo Starfield (2002) em nível populacional, a obtenção da integralidade reflete na extensão em que os serviços de saúde abordam as necessidades evidentes da população. Quando essas necessidades não são reconhecidas manifesta-se toda uma sistemática na população. Uma abordagem alternativa para julgar a adequação da variedade de serviços necessários em uma comunidade presume que diferentes comunidades deveriam ter a saúde aproximadamente equivalente, sendo particularmente problemas que respondam a atenção médica. Se os serviços forem adequadamente integrais, deveria haver prioridade na comunidade quanto à frequência e gravidade destas doenças em que atenção médica é efetiva em sua prevenção e tratamento.

15 AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

15.1 AÇÕES DESENVOLVIDAS COM A COMUNIDADE

Através de observações e reflexões acerca do papel dos profissionais comprometidos com as classes populares, tendo como referência as novas Diretrizes do Sistema Único de Saúde, para as bases conceituais na saúde, fundamentando-se na “gestão participativa”, tendo como característica a inclusão de novos atores sociais, a “população”, partimos desse paradigma, em parceria com os profissionais do PSF Anil. Repensar essa realidade através da realização de um trabalho coletivo implica na busca de alternativas de ação, as quais possam garantir os enfrentamentos tanto em nível individual, quanto em nível coletivo, ampliando as alianças entre os profissionais e população e investigando as possibilidades de desenvolvimento de ações. Objetiva-se com a formalização do serviço buscar novas idéias de trabalhos com a população, partindo da compreensão do processo saúde-doença. Aproveitamos para trabalhar temas específicos e de risco da saúde através de atividades lúdicas, como teatro, dramatizações, rodas de conversas, com troca de idéias, perguntas e discussões, alongamentos que contribuem para o aumento da auto-estima da população (PROJETO CENTRO DE FISIOTERAPIA, 2006).

15.2 A PARCERIA INSTITUCIONAL – UMA REALIDADE

De acordo com o Decreto n. 27.396, de 4 de dezembro de 2006 torna público em anexo único a relação das organizações Não Governamentais- ONG'S, inscritas na forma do Decreto n. 24. 547 de 20 de agosto de 2004 no qual a inscrição no cadastro permite a participação em licitação por seleção onde propõe a inclusão de novas entidades ou a exclusão de entidades inscritas pelo não cumprimento do estabelecido pela Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro, é quando podemos citar a AECS onde está inscrita neste cadastro (ANEXO 5).

A Subsecretaria de Administração e Finanças torna público em 09 de novembro de 2007 o projeto Centro de Fisioterapia Canal do Anil, conforme o Decreto n. 19752 de 05 de abril de 2001, como referência para o processo seletivo de novas entidades para o atendimento de reabilitação de adolescentes/ adultos com deficiência transitória ou permanente através de ações de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, individual ou em grupo (ANEXO 6) (EDITAL Nº 007).

16 METODOLOGIA

O procedimento de investigação integrou os procedimentos de pesquisa bibliográfica aos procedimentos de pesquisa empírica.

A pesquisa bibliográfica permitiu a construção do referencial teórico apresentado no capítulo 2, orientando a seleção dos procedimentos e a construção dos instrumentos de levantamentos de dados bem como a análise dos dados coletados.

A pesquisa empírica utilizou a análise documental e a aplicação de questionário aos Agentes Comunitários e Médicos do PSF Anil, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido exigido pelo Comitê de Ética (APÊNDICE 3). Na realização da pesquisa foi adotada a abordagem qualitativa, de campo com acompanhamento do fluxo de desenvolvimento do serviço. Para ANDRÉ e LÜDKE (1986, P.49-50):

“O uso das abordagens qualitativas na pesquisa suscita primeiramente. Uma série de questões éticas decorrentes da interação do pesquisador com sujeitos pesquisados. No caso da observação, este problema pode se tornar realmente grave se o observador decidir não revelar sua identidade de pesquisador ao grupo pesquisado, “fingindo” ser um membro do grupo ou fazendo observações através de uma “parede espelhada”. [...] A questão mais séria, aqui, é a da manipulação dos sujeitos que podem vir a saber que estão sendo usados sem autorização, vindo a desenvolver uma atitude de resistência a qualquer tipo de pesquisa.”

Nestas condições salienta-se a importância da seriedade do observador ou pesquisador, na clareza da exposição dos objetivos da pesquisa aplicados na AECS e PSF Anil pesquisado e o respeito ao grupo do qual obterá informações. Através destes cuidados o pesquisador terá um relacionamento de confiabilidade com os pesquisados.

Para análise documental foram utilizados as Diretrizes Curriculares do Fisioterapeuta, o Projeto Centro de Fisioterapia do Canal do Anil, o Projeto de Desospitalização de idosos do Município do Rio de Janeiro, Pavilhão Dr. Viana do Castelo e Documentos do Diário oficial do Ministério da Saúde.

Para ANDRÉ e LÜDKE (2003, p.38)

“A análise documental representa uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos baseada em quaisquer materiais escritos como leis e regulamentos, normas, pareceres cartas, memorandos, diários pessoais, roteiros de programas de rádio e televisão, até livros, estatísticas e arquivos escolares, sendo que a análise destes documentos busca identificar informações factuais, a partir de questões ou hipóteses de interesse.”

O objetivo da análise documental é a determinação fiel de fenômenos sociais, por meio de uma série de operações que visem estudar e analisar um ou vários documentos a fim de descobrir circunstâncias sociais e econômicas com os quais possam estar relacionados. A escolha dos documentos não é aleatória, e sim, guiada por alguns propósitos, idéias ou hipóteses do contexto a ser pesquisado. Assim, a análise destes documentos exige sistematização e coerência com o tema escolhido e o estudo em andamento faz parte de uma técnica realmente de valor na abordagem de dados qualitativos.

Segundo ANDRÉ e LÜDKE (2003, P.42), a análise documental é uma técnica que apresenta vantagens significativas:

Constituem uma fonte estável e rica que persiste ao longo do tempo, podendo ser consultada várias vezes.

A análise documental realizada abordou o perfil, as competências, e os temas do estudo proposto a partir de um levantamento bibliográfico, foi apresentados quadros de orçamentos baseados nos dados do projeto Centro de Fisioterapia do Canal do Anil.

Outro procedimento utilizado neste estudo na pesquisa empírica, foi a aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas, o qual foi elaborado de forma a obter informações possíveis.

O questionário segundo DENCKER (2001, p.138),

“[...] permite uma maior facilidade na coleta de dados não exigindo a presença do entrevistador, pois pode ser respondido diretamente pelo entrevistado, [...] O questionário deve ser elaborado de forma precisa, com um roteiro revisado de perguntas, objetivando o entendimento sobre o assunto que sendo tratado”.

O dado obtido via questionário mostra a percepção dos agentes comunitários e médicos do PSF Anil quanto a satisfação da comunidade sobre o serviço de fisioterapia no PSF Anil pesquisado.

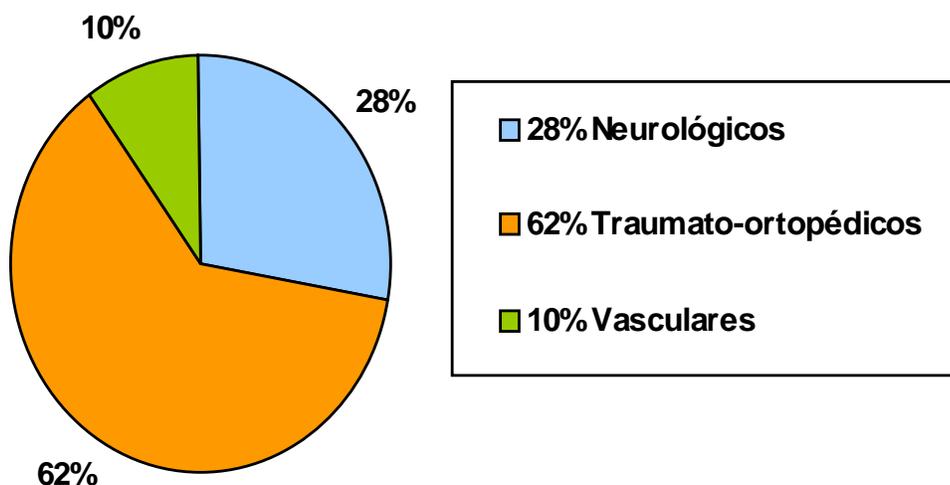
Na apresentação e análise dos dados, foram organizados e interpretados os dados obtidos na pesquisa em questionário e análise documental, bem como a respectiva análise dos recursos humanos e materiais.

17 RESULTADOS

A identificação dos processos fisiopatológicos tratados no Centro de Fisioterapia da AECS ocorreu através da coleta de dados presente nas fichas dos pacientes. Os gráficos a seguir apresentarão dados referentes à prevalência dos processos fisiopatológicos e da faixa etária relativa ao gênero no período de 2005 a 2007.

Gráfico 1 – Prevalência de processos fisiopatológicos em 2005

Ano 2005

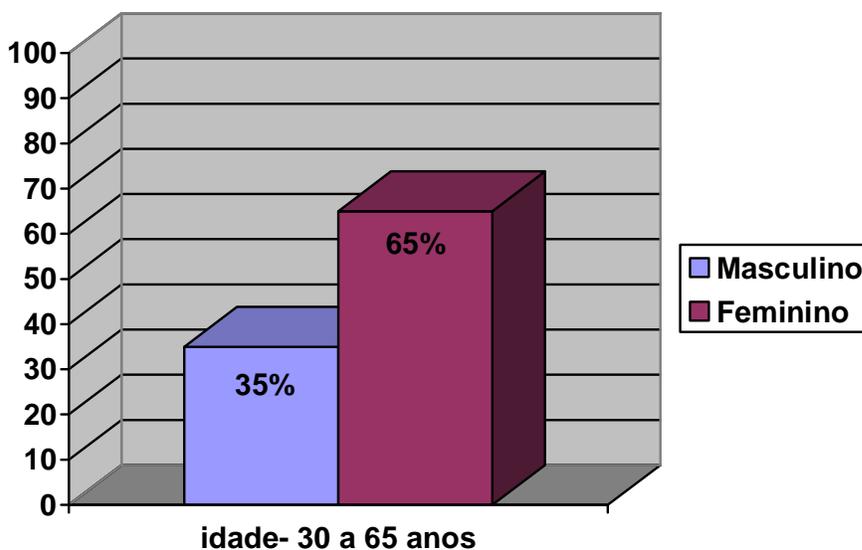


Fonte: AECS/2007

Na distribuição dos casos pesquisados percebe-se predominância de 62% nas patologias traumato-ortopédicas relacionadas às lesões por esforço repetitivo/distúrbio ósteomuscular relacionados ao trabalho (L.E.R/DORT) e seqüela

de fraturas, dados estes presentes nas fichas de anamnese. Os 28% de incidência dos casos neurológicos ocorrem em doenças com compressão nervosa (ex: Hérnias de Disco, Radiculopatia, Lombociatalgia, Cervicobraquialgia, etc.) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), e em pequena proporção foram encontrados casos de processos vasculares relacionados a distúrbio circulatório dos membros inferiores. Após a busca fisiopatológica, foi observada através do cadastro destes pacientes a predominância de 65% pelo sexo feminino em realizar tratamento fisioterapêutico, ressaltando que estes usuários do Centro de Fisioterapia no ano de 2005 eram de média idade, ou seja, uma população adulta apesar do serviço ser disponível a adolescentes e idosos, conforme o gráfico 2.

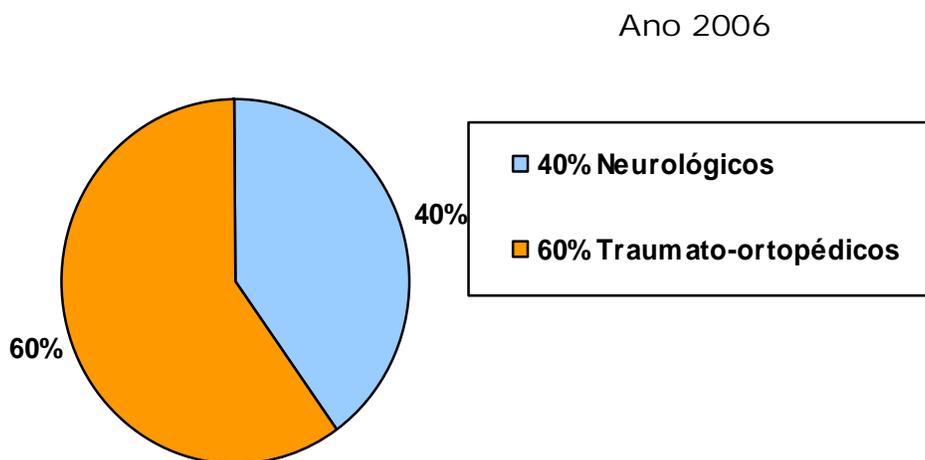
Gráfico 2 – Distribuição da faixa etária em relação ao gênero em 2005



Fonte: AECS/2007

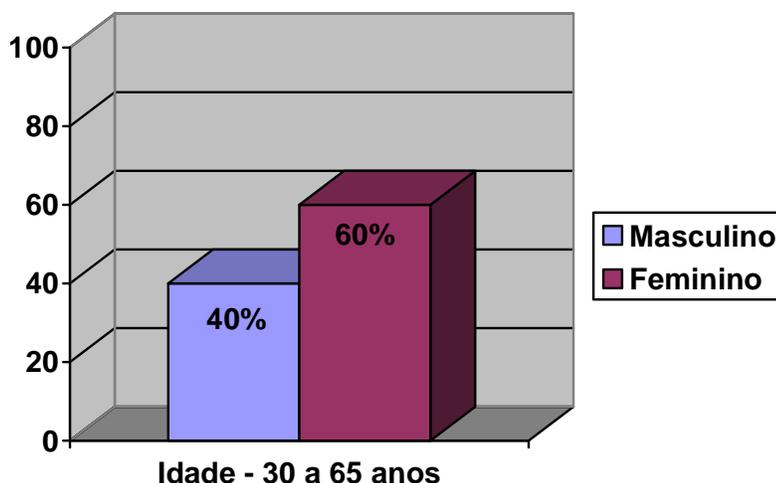
A investigação no ano de 2006 apontou dados novos. Apesar dos casos encontrados nos processos fisiopatológicos traumato-ortopédicos serem predominantes, o número de casos diminuiu para 60%, enquanto os casos neurológicos aumentaram para 40% sendo que a prevalência se deu nas doenças oriundas de compressão nervosa, conforme o gráfico 3.

Gráfico 3 – Prevalência de processos fisiopatológicos em 2006



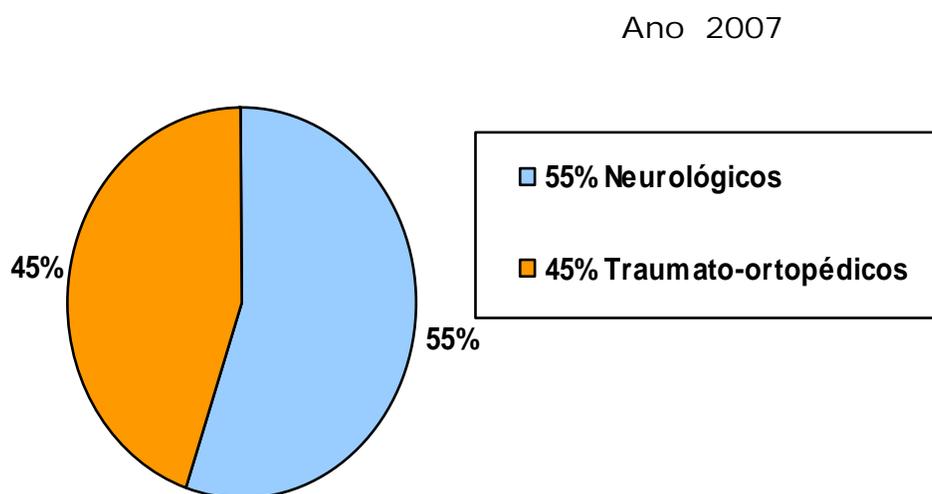
Fonte: AECS/2007

Um elemento importante surgiu no processo de levantamento dos casos no ano de 2006. A distribuição da faixa etária dos pacientes passou para 30 a 65 anos tratando-se de usuários mais idosos e a relação quanto ao gênero apontou um índice maior aos usuários do sexo masculino em 40%, ilustrado no gráfico 4 a seguir. Esse aumento pode estar ligado à presença de idosos que, logicamente, não trabalham e acabam disponíveis para esse tipo de atividade.

Gráfico 4 – Distribuição da faixa etária em relação ao gênero em 2006

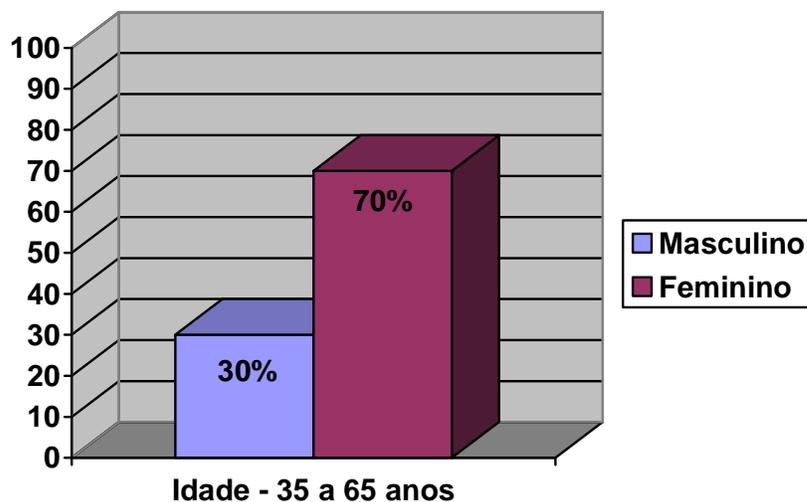
Fonte: AECS/2007

Os processos fisiopatológicos no ano de 2007 referiram 55% de casos neurológicos e apontaram um crescimento de pacientes em reabilitação após o Acidente Vascular Cerebral (AVC), porém os processos traumato-ortopédicos reduziram para 45% dos usuários do Centro de Fisioterapia conforme o gráfico 5. É relevante observar o crescimento dos processos neurológicos na reabilitação, principalmente por serem pacientes que tiveram AVC e procuraram o atendimento na fase tardia.

Gráfico 5 – Prevalência de processos fisiopatológicos em 2007

Fonte: AECS/2007

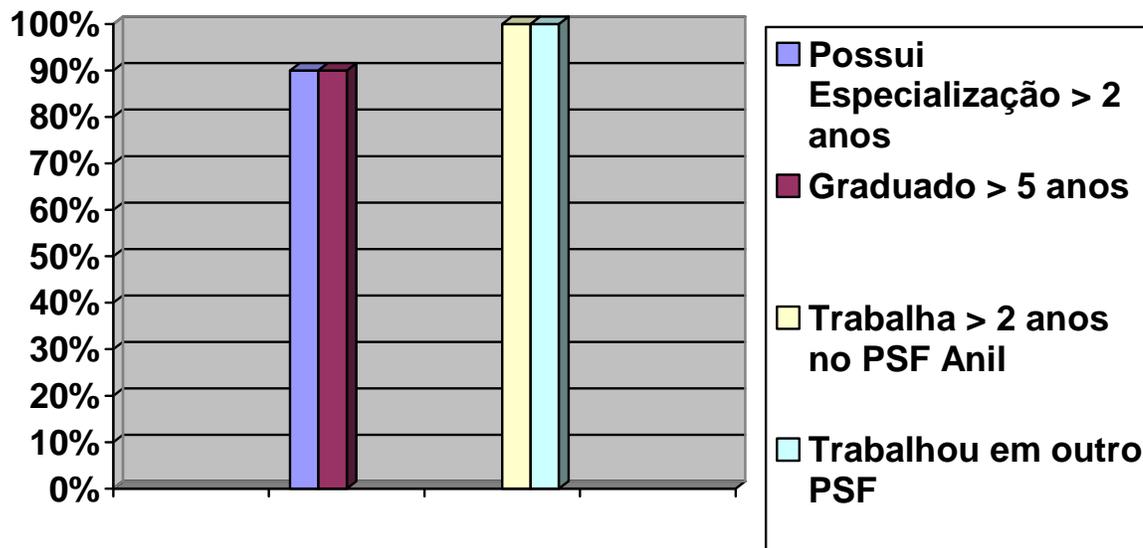
No Gráfico 6 um elemento importante a observar é a distribuição do gênero que no ano de 2007, visto que a participação do sexo feminino cresceu em 18%, sendo que estes usuários predominam a faixa etária de 30 a 65 anos, constituindo uma população com idade mais avançada. O levantamento demonstrou crescimento significativo na demanda espontânea. KATO et al, 1994 relata que o aumento do número de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas e traumáticas, fica cada vez mais evidente a importância das atividades de prevenção, promoção e reabilitação dos pacientes, como funções da equipe de saúde.

Gráfico 6 – Distribuição da faixa etária em relação ao gênero em 2007

Fonte: AECS/2007

A análise do questionário aplicado aos médicos do PSF Anil, evidencia o perfil da equipe. O gráfico 7 mostra que 90% dos médicos estão graduados há mais que 5 anos e apresentam especialização há mais de 2 anos. 100% dos participantes já trabalharam em outra área programática do PSF. Isso evidencia que a equipe é experiente, significando que há espaço para o desenvolvimento de trabalhos mais complexos, envolvendo a multidisciplinaridade. No Programa Saúde da Família Canal do Anil estes profissionais atuam há mais de 2 anos, sugerindo que essa equipe conhece bem os problemas de saúde desta comunidade.

Gráfico 7 – Perfil dos Médicos do PSF Anil



Fonte: AECS/2007

No que se refere ao relacionamento da equipe médica com o Centro de Fisioterapia da AECS, a tabela 1 mostra que 100% dos médicos possuem conhecimento do Centro de Fisioterapia da AECS e que o referido centro atende às necessidades locais, acreditando na contribuição do serviço para a comunidade. Porém, apesar do total conhecimento da existência do centro, o montante de 90% destes profissionais encaminha muito poucos pacientes para o serviço de fisioterapia e 10% encaminha apenas em caso específico como demonstrado na tabela 2.

Tabela 1 – Resultado do questionário

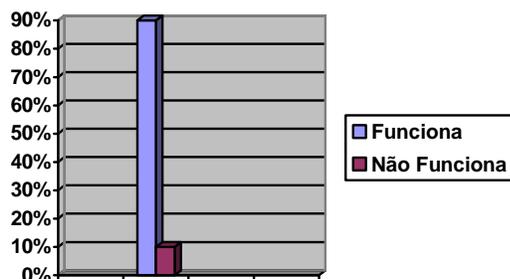
	Sim	Não
Conhecimento do Centro de Fisioterapia	100%	0%
O Centro de Fisioterapia atende às necessidades Locais	100%	0%

Importante ressaltar que cada médico é responsável por mais de 30 famílias em sua micro-área, o processo de encaminhamento não ocorre através do serviço de referência e contra-referência, já que 90% destes profissionais afirmam que o sistema de referência e contra-referência não funciona de forma adequada, e que 10% afirmam funcionar, conforme o gráfico 2 a seguir. Na tabela 2 podemos observar que grande número de pacientes existentes no Centro de Fisioterapia não são usuários do PSF Anil, já que existe pouco encaminhamento médico, o que evidencia espaço considerável para relacionamento entre AECS e PSF Anil, se considerarmos o número de famílias cadastradas.

Tabela 2 – Encaminhamento médico dos usuários do PSF Anil para o Centro de Fisioterapia

Encaminha paciente para o Serviço de Fisioterapia	%
Sempre	0%
Pouco	90%
Em casos específicos	10%
Nunca	0%

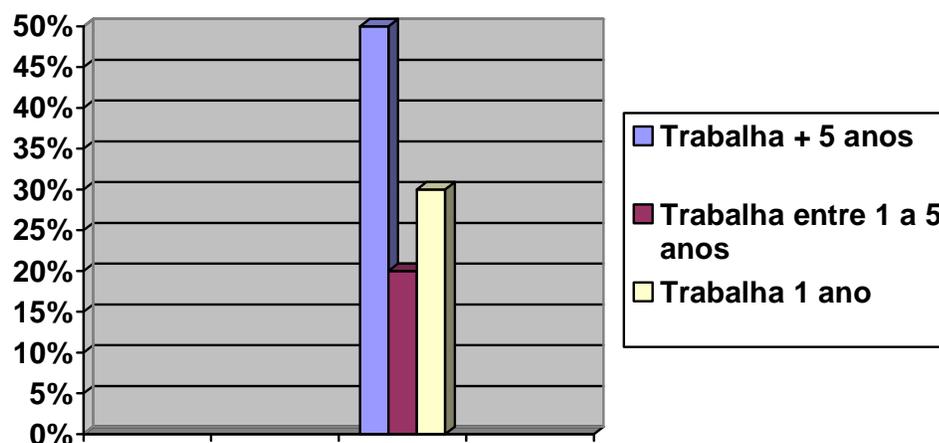
Gráfico 8 – Resultado sobre o funcionamento do serviço de referência e contra-referência



O gráfico 8 aponta a falta de treinamento da equipe da AECS para a melhoria na viabilidade do serviço, visto que a demanda existe. Assim sendo, podemos considerar uma boa estratégia que todos os candidatos a parceiros possuam essa capacitação.

Os dados colhidos do questionário respondido pelos ACS, dos 18 Agentes Comunitários que participaram da pesquisa, tabela 3 apresenta o perfil destes profissionais. 100% relataram ter conhecimento sobre a atuação da fisioterapia, sendo que 80% ressaltam conhecer como reabilitação e 20% a reeducação postural. Entre estes profissionais 50% trabalham há mais de 5 anos, 20% no período de 2 a 5 anos e 30% trabalham 1 ano no PSF Anil .

Gráfico 9 – Perfil dos Agentes Comunitários do PSF Anil



O grau de conhecimento demonstrado sobre a atividade do Centro de Fisioterapia da AECS tende a estar ligado à vivência da equipe na comunidade, visto a riqueza de detalhes que apresentam na tabela 3 .

Tabela 3 – Resultado do conhecimento dos agentes comunitários sobre a Fisioterapia

	Sim	Não
Conhecimento da Fisioterapia	18	0
Exemplificaram	18	0

É relevante citar que na análise dos resultados foram observados dados significativos quanto ao número de famílias da micro-área de cada ACS e que realizam tratamento no Centro de Fisioterapia, com encaminhamento médico externo ao PSF Anil,

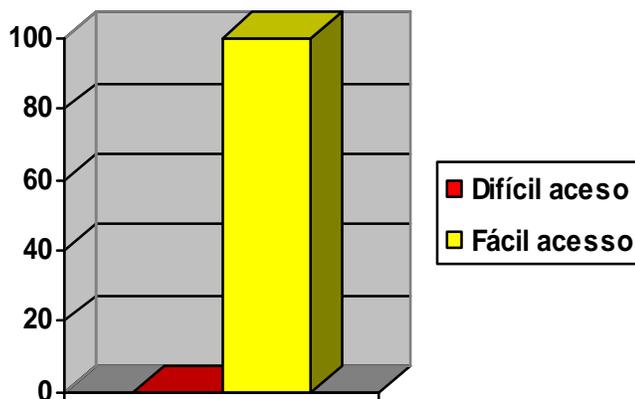
Tabela 4 – Análise do nº de famílias relacionadas na micro-área de cada agente comunitário

	EQUIPE 1	EQUIPE 2	EQUIPE 3
Nº de Famílias na Micro-área	> 100	>100	>100
Nº de Famílias que realizam tto no Centro de Fisioterapia	0 - 20	0 - 20	0 - 20
Nº de Famílias que apresentam encaminhamento médico	0 - 20	0 - 20	0 - 20
Nº de famílias com fácil acesso ao Centro de Fisioterapia	Todas	Todas	Todas

Os Resultados apontam que 100% destas famílias relacionadas apontam fácil acesso ao Centro de Fisioterapia, percebe-se então que este se encontra estrategicamente bem localizado dentro da comunidade.

Gráfico 10 – Acesso ao Centro de Fisioterapia

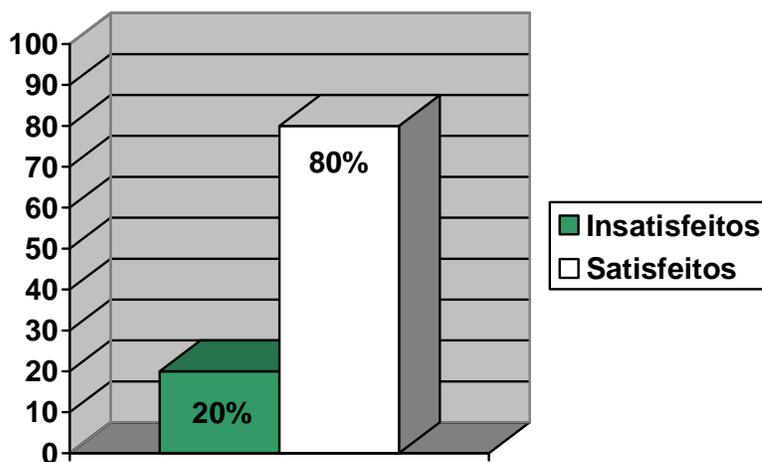
Resultado sobre o acesso ao Centro de Fisioterapia Canal do Anil



A comunidade expressa suas expectativas e necessidades de atendimento fisioterapêutico na AECS, tal fato ocorre através da percepção que os ACS registraram no questionário aplicado relacionando 80% das famílias satisfeitas com o serviço de fisioterapia e 20% insatisfeitas, porém houve justificativas onde

reclamaram da grande demanda pelo serviço ocasionando uma espera para o atendimento. No gráfico 11 percebe-se então que para 20% da população, suas necessidades não são supridas devido a grande espera pelo atendimento. De maneira geral os profissionais entendem que a ampliação de ações para resolver problemas torna-se necessário nesta comunidade, diminuindo assim a demanda local. FAVARO; FERRIS (1991) **APUD** TRAD et al. (2002) concluem que falar sobre a satisfação dos usuários traz um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre a sua qualidade. O usuário fornece informação para melhorar e equilibrar a qualidade dos serviços.

Gráfico 11 – Opinião dos Usuários do Centro de Fisioterapia



A análise dos recursos da AECS aponta sua despesa anual relativa aos custos de profissionais, materiais e administrativo demonstrado na tabela a seguir. O Centro de Fisioterapia do Canal do Anil não atua sozinha e para isso conta com muitos parceiros, dentre eles podemos destacar: Setor Privado, Organizações governamentais e não governamentais e com a própria comunidade. Atualmente o Centro de Fisioterapia possui sede própria, recursos materiais próprios e

profissionais contratados para o atendimento, os custos referentes à despesa mensal não se tornam suficientes para manter o serviço, no qual toda despesa gerada é mantida através da ajuda de parceiros.

Tabela 5 – Orçamento atual do Centro de Fisioterapia

ORÇAMENTO FINANCEIRO ATUAL DO CENTRO DE FISIOTERAPIA DA AECS						
Recursos Humanos		Profissionais		Carga Horária	Salário	Total mensal
			Semanal			
Quantidade						
2	Fisioterapeutas		20	750,00	1500,00	
1	Auxiliar Administrativo		40	650,00	650,00	
1	Auxiliar de s. gerais		40	383,00	383,00	
ENCARGOS						2229,04
SUB-TOTAL MENSAL						4762,04
SUB TOTAL ANUAL						57144,48
Recursos Materiais						
Quantidade	Materiais			Valor Unitário		Valor Total
5	Aparelhos de TENS/FES			500,00		2500,00
1	Aparelho Ondas curtas			3000,00		3000,00
2	Infravermelhos			290,00		580,00
2	Ultrasons			750,00		1500,00
5	Fornos de bier			500,00		2500,00
6	Macas			250,00		1500,00
	Aparelhos mecanoterapicos					3200,00
SUB TOTAL						14780,00
TAXA ADMINISTRATIVA				Mensal 1300,00 (12)		15600,00
TOTAL GERAL DO SERVIÇO ANUAL						87524,48

FONTE : AECS

As dificuldades em manter um serviço ativo e com qualidade tornam-se uma realidade, onde a proposta pela parceria foi enviada para a Subsecretaria de Administração e Finanças do Município do Rio de Janeiro e esta teria sua participação onerada aos custos dos recursos profissionais referentes aos salários e encargos no período de 2 anos. Este convênio foi firmado em 9 de novembro de 2007, sendo viável a proposta do orçamento enviado com o Projeto Centro de Fisioterapia Canal do Anil conforme a tabela 6. Este Convênio significa a permanência do serviço na comunidade e a disponibilização dos seus recursos para atender a demanda que tanto necessita dele.

Tabela 6 – Orçamento proposto

ORÇAMENTO FINANCEIRO PROPOSTO						
Recursos Humanos	Profissionais		Carga Horária	Salário	Insalubridade	Total mensal
			Semanal			
Quantidade						
3	Fisioterapeutas		24	1200,00	144,00	4032,00
1	Auxiliar Administrativo		40	650,00	48,00	698,00
2	Auxiliar de s. gerais		40	383,00	48,00	862,00
ENCARGOS						4922,63
SUB-TOTAL MENSAL						10514,37
SUB TOTAL ANUAL						126172,44
Recursos Materiais						
Quantidade	Materiais		Valor Unitário			Valor Total
2	Aparelhos de TENS/FES		549,00			1098,00
1	Aparelho Ondas curtas		3198,00			3198,00
1	Infravermelhos		295,00			295,00
2	Ultrasons		789,00			1578,00
1	Turbilhão		3500,00			3500,00
4	Macas		255,00			1020,00
1	Barra paralela		870,00			870,00
1	Escada de canto		890,00			890,00
2	Parafina		670,00			1340,00
1	Espaldar		259,00			259,00
1	Maquina de gelo		2900,00			2900,00
	Aparelhos mecanoterapicos					1000,00
SUB TOTAL						17948,00
TAXA ADMINISTRATIVA			1300,00	Mensal (12)		15600,00
TOTAL GERAL DO SERVIÇO ANUAL						159720,44

18 CONCLUSÕES

A viabilidade do serviço em parceria com o PSF Anil existe, mas que depende de vontade política, conforme ficou patente no cancelamento do convênio já firmado com a prefeitura conforme publicado no Edital N°007 (Anexo 6).

O treinamento de fisioterapeutas parceiros, ou seja, aqueles que não são profissionais especializados em saúde pública significará uma demanda espontânea pela busca do treinamento, o que terminará por beneficiar grande número de pessoas sem onerar cofres públicos, pois o Centro de Fisioterapia já possui seus recursos próprios onde a proposta propõe apenas os custos salariais e encargos na parceria estudada.

O fato do Centro de Fisioterapia ficar dentro da área de abrangência do PSF Anil tornou-se mais cômodo o atendimento fisioterapêutico, visto que, o centro de reabilitação mais próximo é o Pavilhão Vianna do Castelo na Colônia Juliano Moreira no bairro adjacente, ficando distante desta comunidade, no qual impossibilita a população com limites físicos e econômicos em que na maioria são precários. Esta situação nos faz repensar que o atendimento fisioterapêutico a partir da promoção da saúde até a reabilitação, torna-se um fator primordial para a diminuição de casos existentes e a profilaxia de diversos processos fisiopatológicos (Traumato-ortopédicos, Neurológicos, Vasculares).

A aprovação da comunidade pode significar sua carência de cuidados, ou mesmo a melhora da auto-estima dos usuários ao serem tratados em uma clínica diferente do que tem sido oferecido pelos hospitais públicos.

19 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉ, M. LUDKE, M. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: E.P.U., 2003.

AVOLIO, PEREIRA GABRIELA. Fisioterapia no PSF: Uma proposta de Ação para o Município de Cabo Frio, Estado do Rio de Janeiro. 2007. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Decreto Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969. Seção 1. Provê sobre as profissões de Fisioterapia e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 16 de out. 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444 de 29 de dezembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para organizações da Atenção Básica. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/ RH-SUS/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 2. ed; Ver. e atual., 2. reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1065, de 4 de julho de 2005, que cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

BARBOSA, MARIA NAZARÉ LINS. Impacto de la legislación y el nuevo asociativismo em América Latina, Paper presentado em II ISTR_LAC, Santiago de Chile, 1999.

BARBOSA L. N. MARIA. Convênios e Parcerias entre o setor Público e o Terceiro Setor. In: TOLBERT, PAMELA S. & ZUCKER, LYNNE. A Institucionalização da Teoria Institucional. Santiago de Chile, 1999. p. 06

BANCO MUNDIAL. Manual de prácticas construtivas em matéria del régimen legal aplicable a las organizaciones no gubernamentales, 1997.

BENNETT, R. J. e KREBS, G. Local economic development partnerships: na anlysis of policy networks in EC – LEDA local employment development strategies. Regional Studies: 28, 1994. p.119 -140.

BARROS, F.B. M, Organizador. O Fisioterapeuta na Saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. Saúde na Família e na Comunidade. São Paulo: Robe, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução COFFITO, Decreto Lei nº 9640 de 10 de dezembro de 1984. Diário Oficial da União nº 238, Lei 5.645 de 10 de dezembro de 1970. Seção I, p. 18409.

DENCKER, A. DE F. M. Pesquisa empírica em ciências humanas- com ênfase em comunicação. São Paulo: Futura, 2001. p. 138.

DOMINGUEZ, B. N. R. Programa Saúde da Família como fazer. São Paulo: Parma; 1998.

TRAD, L. A. B et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. Caderno de Ciências de Saúde Coletiva, São Paulo, v.7, n.3, 2002.

FERNANDES, M. G. O Fisioterapeuta no Programa de Educação e Controle do Diabetes da cidade de Natal. R.N, IN: BARROS, F. B. M. (Org) O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora. Rio de Janeiro: fisiobrasil, 2002. p. 169-- 183.

KATO, D. S.; SILVEIRA, E. C; SANTOS, E. L. Avaliação da importância da fisioterapia na rede primária de atenção à saúde. Semina, Londrina, v. 15, 1994.

LEWIS, D. BUILDING active partnership in aid-recipient countries: lessons from a rural development project in Bangladesh. In: Osborne, S. P. Public- Private Partnerships: theory and practice in international perspective. London and New York: Routledge, 2000. p. 252-264.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para atenção Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, p. 163-171, 2002. Suplemento.

MENDES, E. V. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996

MEDINA MG, AQUINO R, CARVALHO A. L.B. Avaliação da Atenção Básica: Construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em saúde para debate 2000; 21: p. 15-28.

MONTORO FILHO, F. ANDRÉ. Parceria Público Privado Considerações de um Economista, Boletim FIPE, 285, 2004.

NORMAS E PADRÕES DE CONSTRUÇÕES E INSTALAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE/ Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde – 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

NOVAES JUNIOR, R. R. Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas. E – Físio. Disponível em: <<http://www.infonet.com.br/fisioterapia/história.htm>> acesso em 03/09/2005.

OMS/ Unicef. Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde. URSS,1978.

O`SULLIVAN, SB, SCHIMITZ, T. I. S. Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. São Paulo: Manole, 1993.

PROJETO CENTRO DE FISIOTERAPIA , Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: www.aecsprojetoBrasil.com.br. Acesso em: 10 de Dezembro de 2006.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Cartilha Programa Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. Publicada em 12 de julho de 2006.

PAIN, J.S.; ALVES FILHO, NAOMAR, A. A Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? Ver de Saúde Pública. São Paulo, v. 32, n. 4, 1998.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização a atenção primária à saúde. IN: ROUQUAYROL. M. Z; ALMEIDA FILHO, N.de. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. São Paulo; Medsi, 1999 cap. 21 p. 489-503.

REBELATTO, JR: BOTOMÉ, SP. Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2 ed. São Paulo: Manole, 1999.

REBELATTO, JR: BOTOMÉ, SP. Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva. São Paulo: Manole, 1987.

RIBEIRO, K. S. Q. A atuação da Fisioterapia na atenção primária à saúde - reflexões a partir de uma experiência universitária. Fisioterapia Brasil, v. 3, nº 5, 2002.

STARFIELD, BÁRBARA. Atenção Primária; equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 1 ed., 2002.

STARFIELD, BÁRBARA. Atenção Primária; equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: REID, R. J.; HURTADO, M. P. Qualidade dos Serviços de Atenção Primária: Uma Visão Clínica. Brasília, 2002. p. 420.

SOUZA, PAULO C. S. A Fisioterapia e a construção de novos saberes e práticas a partir do programa de saúde da família- CREFFITO-2, n. 19, 2006.

SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS/ Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro: Edital nº 007 de 9 de novembro de 2007.

TRAD, L. A. B et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. Caderno de Ciências de Saúde Coletiva, São Paulo, v.7, n.3, 2002.

VIANA A. L; DAL POZ M. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 1998.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)