

INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
MBA EM GESTÃO PÚBLICA E GERÊNCIA DE PROJETOS

Projeto de Implantação do Centro
Municipal de Reabilitação do Norte Fluminense

Por

Roger Rangel Coutinho
Carmen Danielle de S. P. Pessanha
Erialdo Alves Manhães
Mariana Lírio
Patrícia Barreto da Silva

Campos dos Goytacazes - RJ
Dezembro de 2006

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
MBA EM GESTÃO PÚBLICA E GERENCIA DE PROJETOS

Projeto de Implantação do Centro
Municipal de Reabilitação do Norte Fluminense

Trabalho de conclusão de curso apresentado em cumprimento às exigências para obtenção do grau de pós-graduado no curso de MBA em Gestão Pública e Gerência de Projetos nos Institutos Superiores de Ensino do CENSA.

Campos dos Goytacazes - RJ

Dezembro de 2006

Projeto de Implantação do Centro Municipal de Reabilitação do Norte Fluminense

Trabalho de conclusão de curso apresentado em cumprimento às exigências para obtenção do grau de pós-graduado no curso de MBA em Gestão Pública e Gerência de Projetos nos Institutos Superiores de Ensino do CENSA.

Orientador: Dr. Romeu e Silva Neto

RESUMO

As mudanças que vêm ocorrendo no cenário sócio-político-econômico brasileiro nas últimas décadas têm dado espaço à expansão e ao fortalecimento da implantação de projetos sociais.

Considerando que todos os Projetos Sociais possuem um desafio em comum: priorizar ações que possam favorecer as pessoas no presente, mas com vistas no futuro, este trabalho acadêmico busca apresentar soluções nas áreas de assistência social, saúde, trabalho e capacitação, contribuindo para o preparo e a melhoria na qualidade de vida das pessoas com deficiência e das pessoas com problemas do aparelho motor e/ou neurológico.

A elaboração deste projeto baseia-se em conhecimentos específicos deste campo de pesquisa, podendo destacar como princípios orientadores o caráter participativo e inclusivo do Centro de Reabilitação, servindo a avaliação deste projeto como ferramenta de amadurecimento e aprendizado para as partes interessadas no projeto.

Este trabalho deixa como uma perspectiva futura à construção e a implantação de um Centro de Reabilitação para pessoas que necessitam de tratamento especializado do aparelho motor e/ou neurológico, no município de Campos dos Goytacazes.

Palavras-chave: Projetos Sociais, Pessoas com deficiência, Centro de Reabilitação.

ABSTRACT

The changes that come occurring in the Brazilian partner-politician-economic scene in the last decades have given space to the expansion and to the fortalecimento of the implantation of social projects.

Considering that all the Social Projects possess a challenge in common: to prioritize actions that can favor the people in the gift, but with sights in the future, this academic work search to present solutions in the areas of social assistance, health, work and qualification, contributing for the preparation and the improvement in the quality of life of the people with deficiency and the people with problems of the motor and/or neurological device.

The elaboration of this project is based on specific knowledge of this field of research, having been able to detach as orienting principles the participativo and inclusive character of the Center of Whitewashing, serving the evaluation of this project as tool of matureness and learning for the interested people in the project.

This work leaves as a future perspective to the construction and the implantation of a Center of Whitewashing for people who need specialized treatment of the motor and/or neurological device, in the city De Campos of the Goytacazes.

Word-key: Social projects, people with deficiency, Center of Rehabilitation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1 - PROPOSTAS DO PROJETO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO	09
1.1 - PÚBLICO ALVO	10
1.2-ANÁLISE PRÉVIA DAS DIFICULDADES A SEREM CONTORNADAS	11
1.3-CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO DO NORTE FLUMINENSE, O PROJETO	12
1.3.1-MISSÃO, VISÃO E VALORES	13
1.3.2-RECURSOS HUMANOS	14
1.3.3-CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO ESTIMADO	15
1.3.4-MAPEAMENTO DO PROCESSO INTERNO PRINCIPAL	15
1.3.5-COMPREENSÃO DA ESCOLHA DO PROJETO	16
1.3.6-ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO	17
1.3.7 - ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE	19
2 – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, PERFIL NACIONAL	20
2.1 - A EVOLUÇÃO DOS DADOS E DOS CONCEITOS DE DEFICIÊNCIA	20
2.2 - O CENSO DE 2000, UM OLHAR MAIS PROFUNDO E DETALHADO	23
3 - CAMPOS DOS GOYTACAZES, E SUA POPULAÇÃO	30
3.1 - UM OLHAR SOBRE A SITUAÇÃO E AS CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	31
3.2 - O SISTEMA LOCAL SAÚDE versus TRATAMENTO E REABILITAÇÃO	38
4 – UM BREVE ESTUDO SOBRE ACESSIBILIDADE	40
4.1 - ACESSIBILIDADE versus CAMPOS DOS GOYTACAZES	42
5 - PROJETOS SOCIAIS: UMA PROPOSTA DE COMBATE AO PRECONCEITO E EXCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	47
5.1 - A AVALIAÇÃO DOS PROJETOS SOCIAIS E A AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS REALIZADOS NESTE TRABALHO	47
5.2 - METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DOS PROJETOS SOCIAIS APLICADA À REABILITAÇÃO E TRATAMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	50
5.2.1 - ELABORAÇÃO DA ÁRVORE DE PROBLEMAS E ÁRVORE DOS OBJETIVOS	51
5.2.2 - A UTILIZAÇÃO DA MATRIZ DE SWOT	54
5.2.3 - O USO DO MARCO LÓGICO NA AVALIAÇÃO DO PROJETO	55
6 – CONCLUSÕES	59
6.1 - PREVIÕES E ESPECULAÇÕES QUANTO A DEMANDAS FUTURAS	59
6.2 – ASPECTO CRUCIAIS PARA O SUCESSO E ALCANCE DO IDEAL DE EXCELÊNCIA DO PROJETO	60
6.3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	62
ANEXOS I e II	

INTRODUÇÃO

O atual cenário sócio-político-econômico brasileiro está inserido em um constante processo de mudança que, nos últimos, anos tem buscado expandir as implantações de projetos de cunho social.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é a criação de um Centro Especializado de Saúde – Centro de Reabilitação para Pessoas com Deficiência e com Problemas do Aparelho Locomotor e/ou Neurológicos, onde serão aplicadas técnicas avançadas, em defesa da incapacidade e a deformidade, combatendo, também, preconceitos quanto à deficiência física.

Trata-se de um Projeto de criação e execução de uma unidade hospitalar que atenda pacientes que necessitam de cuidados especiais, com equipes multidisciplinares, formadas para atuar em conjunto durante todas as fases da reabilitação do paciente, visando à melhoria de sua qualidade de vida.

Para Maslow (1954) apud Chiavenato (1999), os seres humanos possuem necessidades que estão organizadas em níveis. Assim, no que se refere às necessidades das pessoas com deficiências e necessidades do aparelho locomotor, estas podem ser descritas sob a ótica das necessidades secundárias de Maslow, uma vez que estes têm a constante necessidade de estima, que pode ser descrita como aquelas:

Relacionadas com a maneira pela qual o indivíduo se vê e se avalia. Envolvem a auto-apreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, de *status*, prestígio e consideração. Incluem ainda o desejo de força e de adequação, de confiança perante o mundo, independência e autonomia (CHIAVENATO, 1999).

Para a abordagem dos aspectos supracitados, este trabalho está estruturado em cinco capítulos e a metodologia aplicada na realização do mesmo foi a elaboração de um referencial teórico, através de pesquisas qualitativas, primárias e secundárias, e pesquisas quantitativas, que serão descritas no decorrer deste trabalho.

O primeiro capítulo apresenta as propostas do Projeto do Centro de Reabilitação, englobando público-alvo, as análises prévias a serem contornadas e o projeto propriamente dito.

O segundo capítulo é composto por uma fundamentação teórica, abordando o perfil nacional das pessoas com deficiência, bem como a evolução dos dados e dos conceitos de deficiência.

O capítulo III apresenta dados como a população do município de Campos dos Goytacazes, segundo informações obtidas pelo IBGE, explanando a situação e as

características das pessoas com deficiência, obtidas a partir da abordagem quantitativa, finalizando esta etapa do trabalho com uma análise do sistema local de saúde *versus* tratamento e reabilitação.

O quarto capítulo inclui os conceitos e os fatores fundamentais da acessibilidade, inclusive no município de Campos dos Goytacazes.

O capítulo V apresenta uma proposta de combate do preconceito e exclusão social das pessoas com deficiência por meio dos Projetos Sociais, abordando também questões sobre avaliação dos projetos sociais e a avaliação dos processos realizados neste trabalho, bem como a metodologia de elaboração de projetos sociais, aplicada à reabilitação e tratamento dos deficientes, acrescentando os passos metodológicos seguidos para a elaboração deste trabalho, dentre eles, a *Árvore de Problemas*, a *Árvore dos Objetivos*, a *Matriz Swot* e o *Marco Lógico*.

Por fim, apresentamos a conclusão, que apresenta previsões e especulações para demandas futuras, bem como aspectos cruciais para o sucesso e alcance do ideal de excelência do Projeto, incluindo, ainda, dificuldades e sugestões para trabalhos futuros.

1 - PROPOSTAS DO PROJETO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO

A palavra projeto no Brasil tem forte influência do inglês *project*, assumindo duas vertentes de terminologia, ou seja, *design* para significar concepção ou especificações técnicas, e projetos/empreendimentos tendo como fases a criação, estudo de viabilidade, definição de requisitos, projeto, execução, instalação, testes e seu encerramento.

Segundo Prado (1998), projeto é “um empreendimento único e não-repetitivo, de duração determinada, formalmente organizado e que congrega e aplica recursos visando o cumprimento de objetivos pré-estabelecidos.”

A ONU - Organização das Nações Unidas define como “um empreendimento planejado que consiste num conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas para alcançar objetivos específicos dentro dos limites de um orçamento e de um período de tempo dados.” (Cohen & Prado, 1993)

Para Woiler & Mathias (1996), o projeto é o “conjunto de informações internas e/ou externas à empresa, coletadas e processadas com o objetivo de analisar-se (e, eventualmente implantar-se) uma decisão de investimento.”

Ainda segundo os referidos autores, as características básicas de um projeto são:

- Sempre ter início e encerramento definidos;
- Um plano organizado, isto é, uma abordagem metódica usada para que se atinjam os objetivos do produto;
- Contar com recursos especialmente alocados a ele, como tempo, pessoal e verba;
- Equipe capaz de levar o termo trabalho proposto; e
- Metas estabelecidas que busquem resultados em termos de qualidade e/ou de desempenho.

Isto é fundamental para que se tenha uma boa gestão de projetos, facilitando, assim, o acompanhamento e, principalmente, uma metodologia adequada de avaliação desses projetos, na busca de sua otimização.

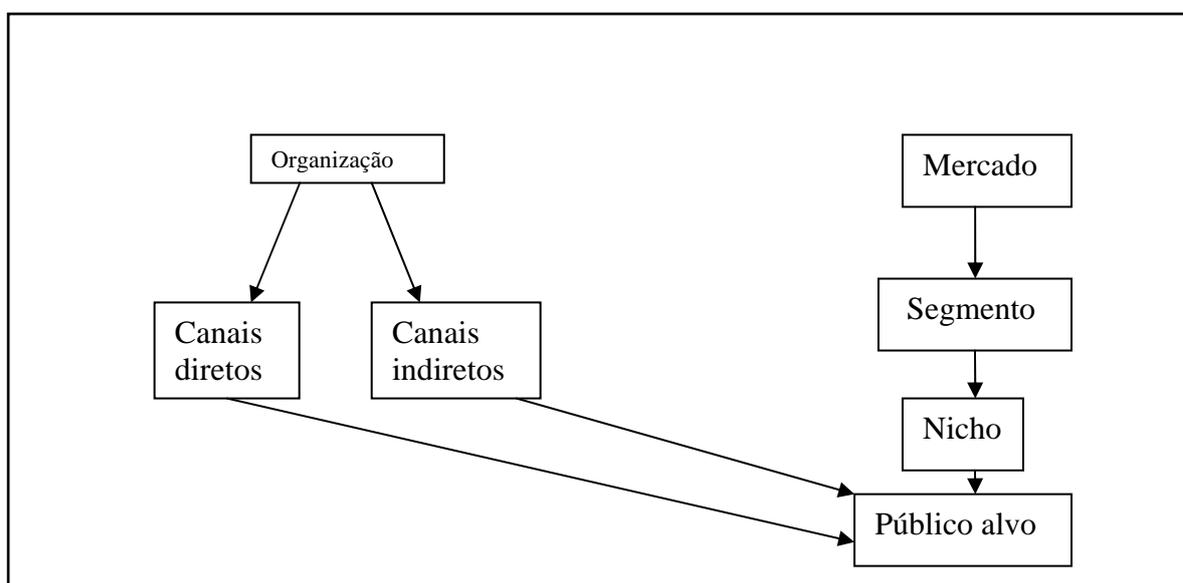
Sendo assim, a proposta deste Projeto é a implantação de um Centro de Reabilitação e Tratamento de Deformidades, Traumas, Doenças do Aparelho Locomotor e Problemas do Neurodesenvolvimento no Município de Campos dos Goytacazes, com tratamento especializado a pessoas com deficiências neurológicas e ortopédicas, visando minimizar as dificuldades de integração à sociedade.

1.1 - PÚBLICO ALVO

Quando se elabora um projeto social, é fundamental que se tenha claro o público-alvo, ou população a qual se vai atingir, a forma a qual se vai chegar até estes, o canal de comunicação que será utilizado para aproximação, como este público irá tomar conhecimento do projeto. Para isso, deve-se orientar num foco, delimitando um espaço físico-espacial, geográfico no qual será aplicado o projeto empreendedor social.

A figura 1 apresenta a forma como se pode chegar até o público-alvo que é “o consumidor da empresa no nicho de mercado definido.” (Pavani et al., 1997).

Figura 1 - Como chegar ao público-alvo



Fonte: elaborado pelos autores

Fazendo uma transposição para projetos empreendedores sociais, se tem o mercado como a população que se deseja atingir com a implementação do projeto, suas características, cultura, hábitos e costumes. Como segmento tem-se propriamente dito, o grupo de pessoas que têm os mesmos interesses, necessidades, que precisam ser atendidas pelo programa pretendido.

O nicho será o afinamento do segmento, isto é, se delimita mais a população a ser atingida, como por exemplo: pela renda, local de domicílio, faixa etária, enfim, buscando estreitar o seu foco de atuação, em função do volume de recursos que se dispõe, e a infra-estrutura para que estes possam ser atendidos com segurança, garantindo a eficiência e eficácia da aplicação do projeto.

Como canais diretos, se tem as assistentes sociais, técnicos, voluntários e colaboradores da organização que fariam aproximação, levando ao conhecimento do público-alvo estudado e escolhido do projeto a ser implementado, isso pode também ter a colaboração dos canais indiretos que seriam as associações de bairros, escolas públicas, associações comunitárias, cooperativas, que auxiliariam nos estudos da segmentação de mercado.

Feita a segmentação de mercado, este Projeto destina-se ao atendimento a pacientes/ familiares residentes em Campos dos Goytacazes e demais municípios da região Norte Fluminense que exijam cuidados especiais em reabilitação.

O público-alvo do referido projeto encontra-se na ordem de aproximadamente 16.000 pessoas, porém ao somarmos aos pacientes oriundos dos municípios vizinhos, Norte e Noroeste Fluminense, atingirão o triplo do valor, todavia levaremos em consideração a característica inata do município de centro de referencia regional.

Tendo em vista que a população local e regional de pessoas com deficiência possui baixa escolaridade e baixa renda, fato que torna a necessidade de um serviço público de tratamento e reabilitação uma necessidade de suma importância e urgência.

1.2 - ANÁLISE PRÉVIA DAS DIFICULDADES A SEREM CONTORNADAS

A preocupação básica é assegurar que os recursos financeiros existentes sejam suficientes para desenvolver totalmente o projeto planejado, ou ainda identificar quais recursos serão necessários para que o projeto possa ser concluído. A análise poderá também ser desenvolvida para verificar a possibilidade de retorno das despesas realizadas.

O principal motivo para realizar a análise do projeto que se pretende executar é a necessidade de identificação prévia da viabilidade de se concluir integralmente o que foi inicialmente planejado. Evitando assim, que o projeto tenha de ser interrompido antes mesmo de ser concluído, que haja, portanto desperdício de recurso.

Segundo Tenório (2000), outra vantagem da análise é a identificação das necessidades de recursos para o desenvolvimento do projeto, facilitando à solicitação de recursos a instituição financiadora que esteja interessada em firmar parceria com o projeto.

A seguir veremos as dificuldades a serem contornadas durante a elaboração do projeto:

- a) Limitações

A realização do projeto só se dará se não houver restrições que impeçam a sua execução. Devendo ser identificadas no momento da sua elaboração para que possa adequá-las às reais possibilidades de sua execução. Algumas limitações podem surgir durante a análise podendo ser de diversas naturezas tais como: físicas, legais, administrativas, políticas, sociais e religiosas, orçamentárias, entre outras.

b) Efeitos Externos

A grande dificuldade de se lidar com os efeitos externos, tanto os positivos como os negativos, de um determinado projeto estão em sua contabilização no processo de desenvolvimento da análise. Caso esses efeitos não possam ser devidamente avaliados, em termos monetários, deverão ser indicados, dando, assim, transparência ao processo, fazendo com que todos estejam conscientes de sua existência.

Os efeitos externos positivos deverão ser mencionados no processo de análise, ajudando no processo de solicitação de recursos às agências financiadoras.

c) Tempo / Incerteza / Risco

Fator necessário tanto para análise como para a própria execução de um projeto é o tempo necessário para realizá-lo.

Ao promover projeções do que deverá ocorrer no futuro (avaliação prévia), quanto mais longo for o projeto que se pretende analisar, mais incerteza terá nas referidas projeções e, conseqüentemente, mais risco estaremos correndo ao promover análise do mesmo.

1.3 - CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO DO NORTE FLUMINENSE, O PROJETO

Segundo dados obtidos pelo IBGE (2006), a população estimada do município de Campos dos Goytacazes é de 426.212 habitantes distribuídos em 15 distritos e 102 bairros, a oitava maior do Estado e a maior fora da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

O Município possui uma área territorial muito extensa, 4.032 Km², com distritos e subdistritos bastante populosos, que possuem dificuldade de acesso a linhas interdistritais.

Existe uma grande demanda de pessoas que migram do interior para cidade e que, devido a sua baixa renda por falta de oportunidade de trabalho, não têm condições de arcar com transporte, necessitando de ajuda do Município.

Neste contexto, existe uma demanda significativa de pessoas que necessitam de diagnóstico e tratamento especializado, que não é oferecido no Município de Campos dos Goytacazes, sendo necessário o deslocamento para as grandes cidades em busca de tratamento.

Conforme levantamento realizado junto ao Departamento de Transporte da secretaria Municipal de Saúde, são realizados transportes de pacientes, alguns com acompanhantes, para o Rio de Janeiro, para o Hospital de Traumatologia-Ortopedia, Hospital Sarah Kubitschek e para a ABBR.

Tal situação torna-se desconfortável para o paciente, tanto física e emocionalmente, como financeiramente, uma vez que o mesmo se sujeita às condições não favoráveis das estradas, devido ao mau estado de conservação das mesmas, que o leva até o risco de vida.

Trata-se de um tratamento que há necessidade de continuidade, tornando-se oneroso para o Município arcar com a viagem e demais custos.

Essas condições impróprias, muitas vezes comprometem a adesão ao tratamento, fazendo com que muitos pacientes desistam de dar continuidade ao mesmo, comprometendo a evolução do quadro.

Assim, observa-se uma grande necessidade de implantar no Município de Campos dos Goytacazes um Centro de Reabilitação e Tratamento de Deformidades, Traumas, Doenças do Aparelho Locomotor e Problemas do Neurodesenvolvimento.

Uma unidade credenciada à Rede Sarah de Hospitais, seguindo os mesmos padrões de atendimento, com recursos financeiros obtidos por meio de um convênio entre o Município e o Governo Federal, para que seja possível proporcionar aos pacientes assistências médica qualificada e gratuita, formando e qualificando profissionais de saúde, desenvolvendo pesquisa e gerando tecnologia.

1.3.1 - MISSÃO, VISÃO E VALORES

a) Missão

Criar um Centro Especializado de Saúde onde serão aplicadas técnicas avançadas, minimizando a incapacidade e a deformidade e combatendo preconceitos quanto à deficiência física.

b) Visão

Excelência em serviço integrado de reabilitação.

c) Valores

Trata-se de uma unidade hospitalar que atenda pacientes que demandam cuidados especializados, com equipes multidisciplinares formadas para atuarem em conjunto em todas as fases da reabilitação do paciente, visando à melhoria de sua qualidade de vida. Ficando como mensagem “Viver para a saúde e não sobreviver da doença”.

1.3.2 - RECURSOS HUMANOS

Segundo Chiavenato (2003), os recursos humanos são as pessoas que ingressam, permanecem e participam da organização, qualquer que seja o nível hierárquico ou sua tarefa. Constituem o único recurso vivo e dinâmico da organização, aliás, o recurso que decide manipular os demais, que são inertes estáticos por si.

Para obter êxito no tratamento em todos os aspectos, é fundamental uma participação conjunta que abrange desde o apoio familiar a uma estrutura adequada, composta por profissionais especializados que contribuem diretamente para a recuperação do paciente. É a vontade dessas pessoas que decide se o projeto vai adiante ou não.

Os recursos formados pelas pessoas que se interessa em trabalhar no projeto são chamados recursos humanos, isto é, todos os indivíduos que estão envolvidos nas atividades de um determinado empreendimento.

Segundo Tenório (2000), o Recurso Humano é importante para atender as necessidades do projeto, devendo-se saber reconhecer e aproveitar bem a capacidade de trabalho de cada indivíduo, através de procedimentos tais como: procurar e selecionar pessoas adequadas ao trabalho; definir o que cada um fará no projeto; preparar as pessoas para o desempenho de suas tarefas, e analisar o desempenho dessas pessoas em suas funções.

Além disso, há a participação de outros clientes, internos ou externos neste Projeto, como familiares, os parceiros, os órgãos governamentais e outros.

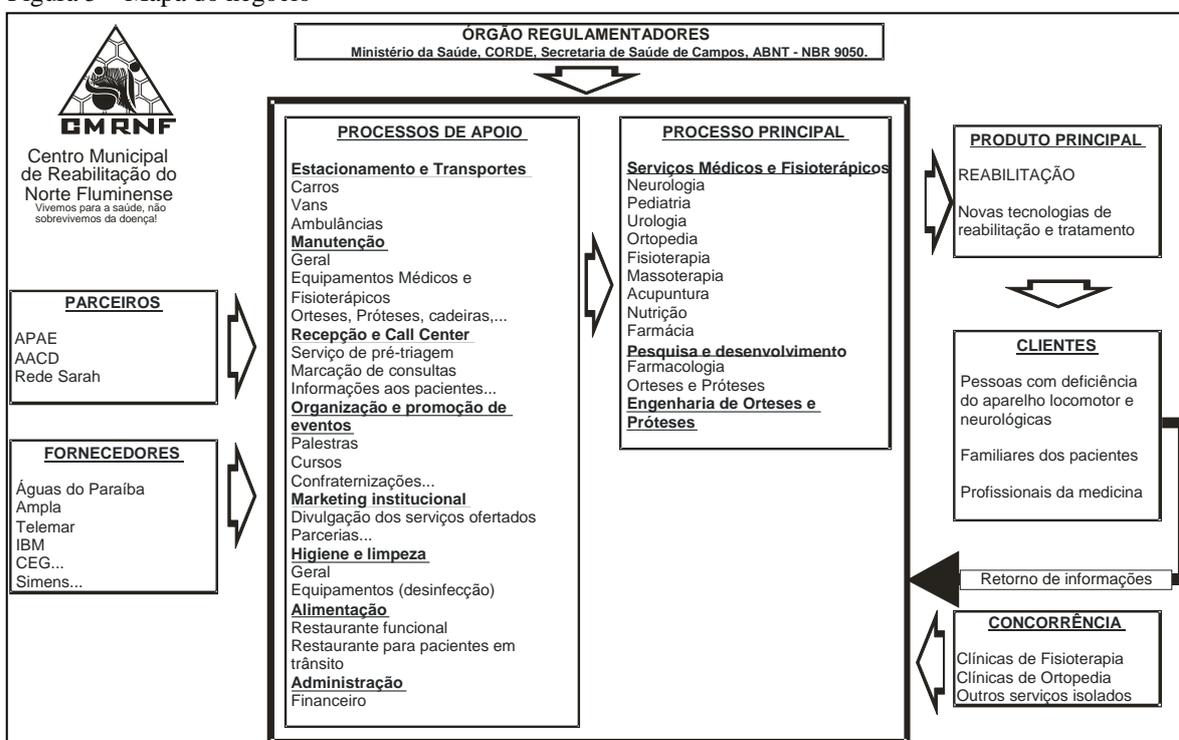
1.3.3 - CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO ESTIMADO

Segundo Tenório (*op cit*) o cronograma físico-financeiro surge a partir das informações contidas tanto no orçamento detalhado como no cronograma físico e a sua função básica é a identificação, ao longo do tempo, das necessidades de recursos para a execução de determinado projeto.

Essas informações das necessidades dos recursos ao longo do desenvolvimento do projeto são fundamentais para as agências de financiamento, caso venham colaborar com recursos, só farão desembolsos em função do cumprimento do cronograma físico-financeiro estabelecido. Desta forma, foi elaborado o **Orçamento geral do projeto** (anexo II).

1.3.4-MAPEAMENTO DO PROCESSO INTERNO PRINCIPAL

Figura 5 – Mapa do negócio



Fonte: elaborado pelos autores

A figura 2 demonstra de forma gráfica os relacionamentos existentes entre os diversos atores sociais envolvidos no projeto, dando, assim, uma visão clara e objetiva das interdependências existentes e sua importância no projeto.

1.3.5 - COMPREENSÃO DA ESCOLHA DO TEMA DO PROJETO

A discussão da escolha do tema do Projeto levou a equipe a apontar dois elementos centrais que justificam a realização deste Projeto, sendo eles:

- O desejo de oferecer serviço médico gratuito e qualificado, na área de medicina do aparelho locomotor, oferecendo tratamento especializado a pessoas com deficiências ortopédicas e neurológicas, objetivando minimizar as dificuldades de integração dos mesmos ao meio social;
- O desejo de colocar em prática um Centro de Reabilitação e Tratamento de Deformidades, Traumas, Doenças do Aparelho Locomotor e problemas do Neurodesenvolvimento, no Município de campos dos Goytacazes.

Com base nestes dois eixos, a intenção da equipe será utilizar as informações que serão produzidas durante as entrevistas para qualificar o Projeto propriamente dito. Uma vez esclarecidas estas definições e acordadas pela equipe, passou-se, então, ao segundo passo da elaboração deste Projeto.

1.3.6 - ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO

Conforme, Tenório (*op cit*), a análise custo-benefício, vem a ser uma técnica de avaliação de projetos no sentido de se prever o resultado da execução de determinado projeto, permitindo se determinado projeto deve ou não ser realizado, bem como promover a comparação entre diversos projetos concorrentes, verificando quais são os melhores projetos em função de alguns critérios estabelecidos.

Na ótica pública, os procedimentos utilizados para avaliação prévia dos resultados a serem alcançados pelo determinado projeto são os mesmos utilizados sob a ótica privada. Todavia, a obtenção do lucro não é prioritária, mas sim o atendimento da necessidade.

Passos da Análise Custo-Benefício:

1-Relacionamento dos Custos e dos Benefícios

Para relacionar os custos (C) e os benefícios (B) de um projeto, promovendo análise do mesmo, são apresentadas quatro fórmulas, como veremos abaixo:

- (1) Maximizar o benefício líquido ($B - C$) do projeto;
- (2) Maximizar a razão benefício / custo (B / C) do projeto;
- (3) Maximizar os benefícios (B) do projeto, sujeito a sua restrição de custos (C), e
- (4) Minimizar os custos (C) do projeto, para que se possa alcançar um determinado benefício (B).

Utilizam-se as fórmulas (1) e (2) quando a linguagem técnica for unidade, que geralmente é o dinheiro, já as fórmulas (3) e (4) não exigem que os benefícios e os custos sejam quantificados em dinheiro.

Fórmula de Relacionar Custo X Benefício:

Na fórmula (1), maximizar o benefício líquido ($B - C$) escolhe-se o projeto que apresentar maior resultado líquido ($B - C$). O projeto escolhido será o que apresentar maior lucro. Portanto, ao utilizar desta fórmula espera-se que os benefícios sejam sempre maiores do que os custos necessários para executá-lo a fim de que se possa gerar algum lucro. Normalmente deve ser utilizada pela iniciativa privada no momento de execução de algum investimento, já que a empresa só deverá executar um determinado projeto se este gerar algum lucro, ou se o resultado deste investimento for superior aos custos da sua implantação.

A fórmula (2), maximizar a razão benefício / custo (B / C), representa um indicador de cada projeto analisado, determinando a produtividade do benefício (B) a ser produzido por um projeto em função dos custos (C) necessários para realizá-lo. Exatamente como a fórmula (1), espera-se que o benefício seja sempre maior do que os custos, indicando além da existência de benefício líquido ($B > C$), a rentabilidade de cada projeto, facilitando a ordenação dos melhores projetos quando houver limitação de recursos (C).

2- Quantificação dos Custos e dos Benefícios

Será realizado através dos seguintes instrumentos:

a) Orçamento Detalhado

Para o desenvolvimento do projeto os recursos necessários precisam ser previamente definidos, será preciso definir o custo (C) total do empreendimento que se deseja realizar.

O orçamento geral deverá ser devidamente elaborado com todos os detalhes para facilitar o desenvolvimento do projeto, que propiciará um melhor planejamento tanto da execução como da administração financeira do projeto, tendo como vantagem a possível identificação, e devida correção, de algum erro, fato esse que poderia comprometer a sua execução, bem como a sua análise.

b) Cronograma Físico

A efetivação do cronograma físico é de suma importância tanto para ajudar na realização do projeto, por meio do planejamento da sua execução, como para promover a análise que deverá ser devidamente desenvolvida, possibilitando uma avaliação prévia do projeto. O que vem a ser a identificação ordenada de todas as atividades para a realização do projeto, estabelecendo como e quando as atividades serão realizadas.

c) Fluxo de Caixa

Representa as efetivas entradas e saídas de caixa (dinheiro), que deverão ocorrer durante a realização do projeto. Permite a identificação das reais necessidades de recursos em cada semana ou mês em que o projeto estiver sendo realizado. No fluxo de caixa levam-se em consideração as condições de compra de insumos que serão utilizados pelo projeto, determinando montante e a época de realização dos compromissos.

3 - Seleção de Projetos

Se compararmos diversos projetos cujos objetivos sejam conseguir determinado benefício (B), por meio de uma limitação de recursos (C), o projeto que deverá ser escolhido será o que produzir o maior benefício (B) para um mesmo orçamento dado (C).

A ACB “se baseia em uma regra muito simples: compara os benefícios e os custos de um projeto em particular e se os primeiros excedem aos segundos, fornece um elemento de julgamento inicial que indica a sua aceitabilidade, se, pelo contrário, os custos superam os benefícios, o projeto deve ser, em princípio, rejeitado.” (Cohen & Franco, 1993)

Na avaliação de projetos sociais, os destinatários do projeto e os receptores dos benefícios gerados ocupam um papel central. Portanto, a avaliação deve estar vinculada ao planejamento, de forma a medir o impacto que a execução do projeto pode causar ao público-alvo selecionado.

Os projetos sociais têm efeitos diretos ou indiretos que podem modificar a esperança de vida da população envolvida, que recebe seu impacto. Portanto, o valor da vida humana é relevante, mormente quando se tratam de projetos de saúde, levando-se em conta preceitos éticos de que a vida tem valor infinito, deve-se ter ciência da forma como

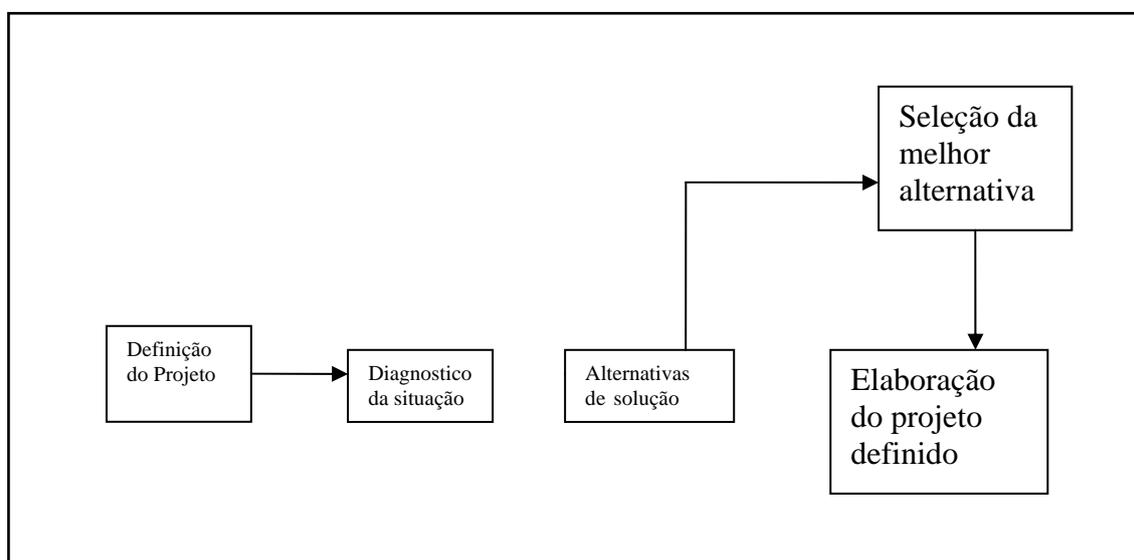
são dedicados os recursos, de que as vidas que podem ser salvas ou melhoradas têm um valor muito pequeno em relação ao custo do projeto ofertado.

1.3.7 - ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE

A análise custo-efetividade (ACE) é considerada uma técnica mais apropriada para a avaliação de projetos sociais, pois não exige que os benefícios sejam expressos em unidades monetárias, é uma “técnica analítica que compara os custos de um projeto com os benefícios resultantes, não expresso na mesma unidade de medida. Os custos são usualmente traduzidos a unidades monetárias, mas os benefícios ou efeitos são ‘vidas salvas’ ou qualquer outro objetivo relevante.” (Cohen & Franco, 1993, p.195)

A avaliação de projetos sociais, baseada na ACE, não calcula a rentabilidade, mas assume como resultado da decisão política sobre os fins, isto é, determina a alternativa mais eficiente e eficaz para alcançar os objetivos. A figura 3 mostra as etapas da ACE, para que se faça uma escolha racional.

Figura 3 - Etapas da ACE



Fonte: elaborado pelos autores

A avaliação das alternativas em função da eficiência se efetua comparando em cada sistema e entre diferentes sistemas os recursos que a demanda exige para cada projeto. Na ACE, ao mesmo tempo em que se determina o quanto são atingíveis os objetivos centrais (avaliação *ex-ante*) ou foram alcançados (avaliação *ex-post*) deve incluir também os objetivos secundários e os efeitos negativos. Deste modo, a análise permitirá estabelecer saldo líquido do projeto.

2 – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, PERFIL NACIONAL

Conforme dados da ONU¹ (Organização das Nações Unidas), existem aproximadamente 500 milhões de cidadãos que têm algum tipo de deficiência, sendo que 80% habitam em nações em desenvolvimento. Já dados oriundos do Censo 2000 (IBGE), informam que 24,5 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência, totalizando assim 14,5% da população. Desta forma, tendo em vista este considerável contingente populacional, torna-se imprescindível um olhar atento sobre estes brasileiros, para que, a partir de um diagnóstico da sua situação, seja possível nortear ações públicas e civis que promovam efetivamente sua integração sócio, econômica e cultural.

Conforme exposto por Neri (2003), o Censo Demográfico, evoluiu ao longo dos anos na sua forma de avaliação e mensuração da população com alguma forma de deficiência, daí o grande crescimento da amostra que passou de valores inferiores a 2%, para os 14,5% do Censo 2000. A seguir, este trabalho apresentará uma breve história da evolução destes dados e dos respectivos conceitos de classificação utilizados.

2.1 - A EVOLUÇÃO DOS DADOS E DOS CONCEITOS DE DEFICIÊNCIA

Os dados censitários oriundos das pesquisas domiciliares de 1872, 1900 e o Censo demográfico de 1920 entendiam como pessoas com deficiência aquelas que possuíam patologias causadoras de incapacidades sensoriais, então chamadas de *cegos e surdos-mudos*², sendo que estes dados mostram que a taxa de *cegos* é superior de *surdos-mudos* em todo o período da amostra, conforme pode ser observado a tabela 1.

Tabela 1 – Taxa de incidência por 10.000 habitantes.

Anos	Cegos			Surdos-mudos		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
1872	9,469	6,379	15,848	7,157	4,438	11,595
1900	10,250	8,563	18,813	4,224	3,137	7,361
1920	16,113	13,761	29,874	14,525	11,689	26,214

Fonte: Censo Demográfico/IBGE

Em 1940, o Censo Demográfico sofre uma modificação em seu processo de mensuração e amostragem, sendo acrescido aos processos de pesquisa, dados referentes à

¹ Dados do Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes. Resolução ONU n° 37/52 de 3/12/1982

² Termos utilizados na época para definir os deficientes visuais e os que possuem deficiências relacionadas ao aparelho fonador.

natureza da deficiência, cabendo ressaltar o fato de que a maioria dos entrevistados que declarou possuir cegueira, também reportaram que a adquiriram por doença, sendo em sua maioria os de idade mais elevada, fato através do qual entende-se que estes tipos de deficiência estavam, na época, fortemente relacionados à idade, tal como é possível observar na tabela 2.

Tabela 2 – Censo 1940, deficiências por grupos de idade e gênero - Homens (H) / Mulheres (M)

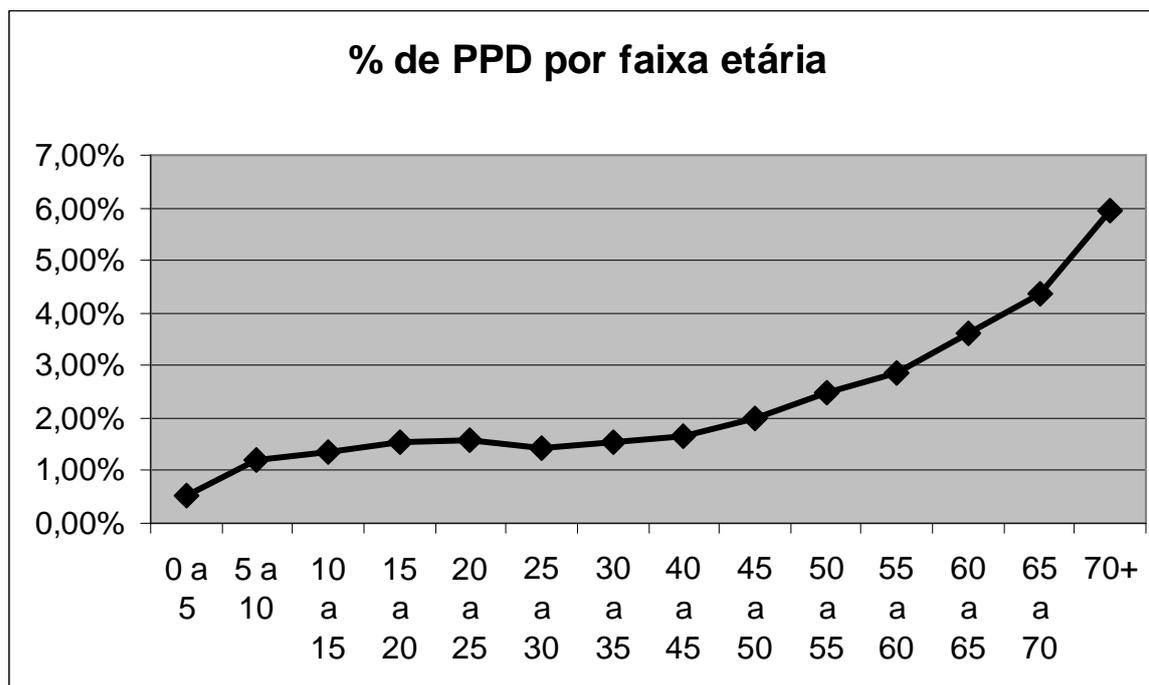
Defeito Físico	Indivíduos – Anos de Vida – Valores absolutos															
	0-9		10-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70+	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total-cego	1728	1291	2279	2103	3205	2559	3692	2695	4640	3323	4675	3939	4446	5043	6011	8332
Nascença	609	507	878	681	677	511	450	380	362	284	236	203	133	142	115	147
Doença	749	534	1228	946	1514	1184	1906	1590	2756	2231	3013	2939	3220	4053	4575	6711
Acidente	305	205	539	392	910	796	1236	657	1411	724	1278	682	967	674	994	924
Não declarada	65	45	84	84	104	68	100	68	111	84	148	115	126	174	327	550
Surdos-mudos	3048	2489	5153	4446	4495	3777	2814	2642	1864	1750	1035	984	526	561	355	456
Surdos-mudos e cegos	20	25	26	15	17	06	18	10	09	13	09	05	01	09	17	18

Fonte: Censo Demográfico de 1940/IBGE

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada em 1981, sofreu uma grande alteração em relação ao formato e à metodologia utilizada em 1940, passando a abranger um maior universo de tipologias de deficiências, sendo assim caracterizadas: cegueira; surdez; surdo-mudez; retardamento mental; falta de membro; paralisia total; paralisia de um dos lados do corpo; outro tipo de deficiência; mais de um tipo de deficiência. Embora tenha ocorrido a supressão dos dados referidos a natureza da deficiência, tal qual o censo de 1940, cabe ressaltar que, nesta pesquisa, foi traçado o perfil etário das pessoas com deficiência no Brasil, bem como os tipos de deficiência observados na população assim classificada (1,78% de PPD)³, conforme pode ser observado nos gráficos 1 e 2.

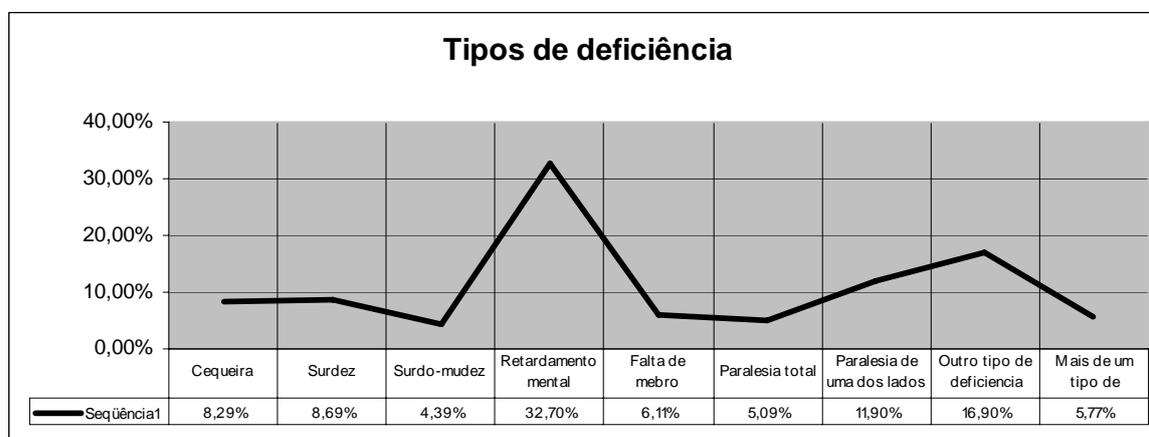
³ Segundo dados do PNAD de 1981, 1,78% da população brasileira era portadora de algum tipo de deficiência.

Gráfico 1 – Perfil de pessoas com deficiência X pessoas sem deficiência



Fonte: CPS/FGV a partir de microdados da PNAD 1981/IBGE

Gráfico 2 – Tipos de deficiências na população de PPD's do Brasil



Fonte: CPS/FGV a partir de microdados da PNAD 1981/IBGE

Assim como o PNAD de 1981, o Censo de demográfico de 1991 utilizou uma metodologia que abordou os tipos de deficiência, mas ignorou a sua causa, definindo o universo de brasileiros PPD's em 1,15% da população, sendo que a tipologia a seguir: cegueira (8,7%); surdez (10,6%); deficiência mental (39,5%); falta de membro (s) ou parte dele (8,6%); paralisia total (2,86%); paralisia de uma dos lados do corpo (12,2%); paralisia das pernas (12,1%); mais de um tipo de deficiência (5,28%). Cabendo salientar, que a

modificação na abordagem e na tipologia pode ter sido a causadora da redução do percentual da população de pessoas com deficiência.

No período compreendido entre o Censo de 1991 e o Censo de 2000, foi realizada a PNAD de 1998, na qual foram abordadas questões relativas à saúde da população no que tangia à sua capacidade de mobilidade e às deficiências que geram estas incapacidades.

2.2 - O CENSO DE 2000, UM OLHAR MAIS PROFUNDO E DETALHADO

Neri (2003) declara que o Censo demográfico de 2000 sofreu uma evolução em relação aos anteriores, pois além de possibilitar uma análise mais ampla do universo de pessoas com deficiência, também agregou informações a respeito do grau de severidade das deficiências, esta mudança na metodologia de avaliação e mensuração, provocou um crescimento considerável no número de pessoas considerados com algum tipo de deficiência, saltando do pequeno universo de pouco menos de 2%, para valores na ordem de 14%, cabendo, no entanto, ressaltar que, caso sejam consideradas pessoas com deficiência aquelas que possuem limitações altamente severas, os valores aproximam-se dos anteriormente mensurados.

Neste íterim, o Censo demográfico de 2000 distribuiu o universo de pessoas com deficiências, conforme segue: deficiência mental (11,5%); tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia (0,44%); falta de um membro ou parte dele (5,32%); alguma dificuldade de enxergar (57,16%); alguma dificuldade de ouvir (19%); alguma dificuldade de caminhar (22,7%); grande dificuldade de enxergar, ouvir, caminhar e incapacidade de ouvir (0,68%); incapacidade de caminhar (2,3%); incapacidade de enxergar (0,6%).

Outro ponto a ressaltar nos dados do Censo Demográfico de 2000, foi a possibilidade do mesmo de definir o perfil sócio-econômico-cultural das pessoas com deficiência, criando, assim, uma espécie de retrato de alta definição da população de pessoas com deficiência. Desta forma, as tabelas 3A, 3B mostram este perfil em grande profundidade e definição, servindo como futura base norteadora de ações de inclusão social e programas de tratamento e reabilitação deste universo de brasileiros, que por muitos anos foi mantido à margem das estáticas e dos interesses político-governamentais.

Tabela 3A – Retrato social das pessoas portadoras de deficiência no Brasil

	População Total		Portadores de Deficiência *			Não Portadores de Deficiência		
	Pop. Total	Comp. Vertical (%)	Total	Comp. Vertical (%)	Comp. Horizontal (%)	Total	Comp. Vertical (%)	Comp. Horizontal (%)
Total	169872856	100	24600257	100	14,48	145272599	100	85,52
Situação do domicílio								
Área urbanizada	135615944	79,83	19437745	79,01	14,33	116178199	79,97	85,67
Área não urbanizada	1250580	0,74	165733	0,67	13,25	1084847	0,75	86,74
Área urbanizada isolada	1058713	0,62	150966	0,61	14,26	907747	0,62	85,74
Área rural de extensão urbana	1075854	0,63	130194	0,53	12,10	945660	0,65	87,90
Aglomerado rural (povoado)	3360890	1,98	587248	2,39	17,47	2773642	1,91	82,53
Aglomerado rural (núcleo)	154008	0,09	18439	0,07	11,97	135569	0,09	88,03
Aglomerado rural (outros)	1005410,06	0,06	13926	0,06	13,85	86615	0,06	86,15
Área rural exclusive aglomerado rural	27256325	16,05	4096004	16,65	15,03	23160321	15,94	84,97
Sexo								
Masculino	83602317	49,21	11420545	46,42	13,66	72181772	49,69	86,34
Feminino	86270539	50,79	13179712	53,58	15,28	73090827	50,31	84,72
Posição na família								
Chefe	48312256	28,44	11745183	47,74	24,31	36567073	25,17	75,69
Cônjuge	33580323	19,77	6092720	24,77	18,14	27487603	18,92	81,86
Filho(a)	75598661	44,50	4621630	18,79	6,11	70977031	48,86	93,89
Pai, Mãe, sogro(a)	1613363	0,95	855842	3,48	53,05	757521	0,52	46,95
Neto(a)	4348085	2,56	233672	0,95	5,37	4114413	2,83	94,63
Irmão, irmã	1939530	1,14	362157	1,47	18,67	1577373	1,09	81,33
Outros	2798379	1,65	390945	1,59	13,97	2407434	1,66	86,03
Agregado	691074	0,41	97232	0,40	14,07	593842	0,41	85,93
Pensionista	154884	0,09	15516	0,06	10,02	139368	0,10	89,98
Empregado(a) doméstico(a)	393260	0,23	31420	0,13	7,99	361840	0,25	92,01
Parente - empregado(a) doméstico(a)	8423	0,00	426	0,00	5,06	7997	0,01	94,94
Individual em domicílio coletivo	434617	0,26	153515	0,62	35,32	281102	0,19	64,68
Faixa etária								
0 a 4	16386239	9,65	370531	1,51	2,26	16015708	11,02	97,74
5 a 9	16576259	9,76	707763	2,88	4,27	15868496	10,92	95,73
10 a 14	17353683	10,22	1083039	4,40	6,24	16270644	11,20	93,76
15 a 19	17949289	10,57	1165780	4,74	6,49	16783509	11,55	93,51
20 a 24	16142935	9,50	1206254	4,90	7,47	14936681	10,28	92,53
25 a 29	13847499	8,15	1233150	5,01	8,91	12614349	8,68	91,09
30 a 34	13029101	7,67	1363273	5,54	10,46	11665828	8,03	89,54
35 a 39	12260820	7,22	1586339	6,45	12,94	10674481	7,35	87,06
40 a 44	10547259	6,21	2123044	8,63	20,13	8424215	5,80	79,87
45 a 49	8726153	5,14	2370108	9,63	27,16	6356045	4,38	72,84
50 a 54	7053133	4,15	2221532	9,03	31,50	4831601	3,33	68,50
55 a 59	5461499	3,22	1952232	7,94	35,75	3509267	2,42	64,25
60 ou mais	14538987	8,56	7217211	29,34	49,64	7321776	5,04	50,36
Cor ou raça								
Branca	91298042	53,74	12579886	51,14	13,78	78718156	54,19	86,22
Preta	10554336	6,21	1844303	7,50	17,47	8710033	6,00	82,53
Amarela	761583	0,45	106065	0,43	13,93	655518	0,45	86,07
Parda	65318092	38,45	9805273	39,86	15,01	55512819	38,21	84,99
Indígena	734127	0,43	125254	0,51	17,06	608873	0,42	82,94
Outras	1206675	0,71	139475	0,57	11,56	1067200	0,73	88,44
Religião								
Sem religião	12492403	7,35	1576287	6,41	12,62	10916116	7,51	87,38
Católica	125527349	73,89	18060399	73,42	14,39	107466950	73,98	85,61
Evangélica	27501589	16,19	4326649	17,59	15,73	23174940	15,95	84,27
Espiritualista	2288290	1,35	328886	1,34	14,37	1959404	1,35	85,63
Afro-brasileira	525012	0,31	97022	0,39	18,48	427990	0,29	81,52
Orientais	1538213	0,91	211014	0,86	13,72	1327199	0,91	86,28
Imigração								
Imigrante	36711267	21,61	7452586	30,29	20,30	29258681	20,14	79,70
Não imigrante	26765925	15,76	5288163	21,50	19,76	21477762	14,78	80,24
Ignorado	106395663	62,63	11859507	48,21	11,15	94536156	65,08	88,85
Anos de estudo								
Sem instrução ou menos de 1 ano	42511173	25,03	6792491	27,61	15,98	35718682	24,59	84,02
1 a 3	31257335	18,40	5818049	23,65	18,61	25439286	17,51	81,39
4 a 7	49679147	27,66	6744822	27,42	14,36	40234325	27,70	85,64
8 a 11	38474140	22,65	4034478	16,40	10,49	34439662	23,71	89,51
12 ou mais	1934112	1,14	382280	1,55	19,77	1551832	1,07	80,23
Ignorado	8716948	5,13	828135	3,37	9,50	7888813	5,43	90,50

Tabela 3A – continuação

	População Total		Portadores de Deficiência *			Não Portadores de Deficiência		
	Pop. Total	Comp. Vertical (%)	Total	Comp. Vertical (%)	Comp. Horizontal (%)	Total	Comp. Vertical (%)	Comp. Horizontal (%)
Natureza da última união								
Casamento civil e religioso	40574805	23,89	9757463	39,66	24,05	30817342	21,21	75,95
Só casamento civil	14672045	8,64	32855852	13,36	22,40	11366193	7,84	77,60
Só casamento religioso	3985320	2,35	1395141	5,67	35,01	2590179	1,78	64,99
União consensual	24778888	14,59	4320956	17,56	17,44	20457932	14,08	82,56
Nunca conviveu	52899300	31,14	4762551	19,36	9,00	48136749	33,14	91,00
Ignorado	32962498	19,40	1078294	4,38	3,27	31884204	21,95	96,73
Estado civil								
Casado(a)	50703610	29,85	10786784	43,85	21,27	39916826	27,48	78,73
Desquitado(a)	2661741	1,57	615244	2,50	23,11	2046497	1,41	76,89
Divorciado(a)	2319575	1,37	508604	2,07	21,93	1810971	1,25	78,07
Viuvo(a)	6231273	3,67	2937973	11,94	47,15	3293300	2,27	52,85
Solteiro(a)	74994159	44,15	8673357	35,26	11,57	66320802	45,65	88,43
Ignorado	32962498	19,40	1078294	4,38	3,27	31884204	21,95	96,73
Posição na ocupação								
Desempregado	11837581	6,97	1532390	6,23	12,95	10305191	7,09	87,05
Inativo	59442884	34,99	12905364	52,46	21,71	46537520	32,03	78,29
Funcionário público	3693162	2,17	481967	1,96	13,05	3211195	2,21	86,95
Empregado com carteira	23929433	14,09	2564448	10,42	10,72	21364985	14,71	89,28
Empregado sem carteira	16071534	9,46	2139843	8,70	13,31	13931691	9,59	86,69
Autônomo	15396247	9,06	2757557	11,21	17,91	12638690	8,70	82,09
Empregador	1897842	1,12	227819	0,93	12,00	1670023	1,15	88,00
Não-remunerado	2608533	1,54	358332	1,46	13,74	2250201	1,55	86,26
Próprio consumo	2033141	1,20	554241	2,25	27,26	1478900	1,02	72,74
Ignorado	32962498	19,40	1078294	4,38	3,27	31884204	21,92	93,73
Contribuição para previdência								
Contribuinte	6198855	3,65	895244	3,64	14,44	5303611	3,65	85,56
Não contribuinte	26880461	15,82	4201339	17,08	15,63	22679122	15,61	84,37
Ignorado	136793539	80,53	19503673	79,28	14,26	117289866	80,74	85,74

Fonte: CPS/FGV processando os microdados do Censo Demográfico 2000/IBGE

*inclui deficiência mental, paraplegia ou falta de membros, pelo menos alguma ou grande dificuldade e incapaz de enxergar, ouvir ou de subir escadas e pelo menos uma incapacidade de enxergar, ouvir ou ler.

Tabela 3B – Retrato social das pessoas receptoras de incapacidade no Brasil

	População Total		Receptoras de incapacidade **			Não receptoras de incapacidade		
	Pop. Total	Comp. Vertical (%)	Total	Comp. Vertical (%)	Comp. Horizontal (%)	Total	Comp. Vertical (%)	Comp. Horizontal (%)
Total	169872856	100,00	4267930	100,00	2,51	165604926	100,00	97,49
Situação do domicílio								
Área urbanizada	135615944	79,83	3373969	79,05	2,49	132241975	79,85	97,51
Área não urbanizada	1250580	0,74	30334	0,71	2,43	1220246	0,74	97,57
Área urbanizada isolada	1058713	0,62	27621	0,65	2,61	1031092	0,62	97,39
Área rural de extensão urbana	1075854	0,63	22198	0,52	2,06	1053656	0,64	97,94
Aglomerado rural (povoado)	3360890	1,98	98063	2,30	2,92	3262827	1,97	97,08
Aglomerado rural (núcleo)	154008	0,09	2835	0,07	1,84	151173	0,09	98,16
Aglomerado rural (outros)	100541	0,06	2349	0,06	2,34	98192	0,06	97,66
Área rural exclusive aglomerado rural	27256325	16,05	710563	16,65	2,61	26545762	16,03	97,39
Sexo								
Masculino	83602317	49,21	2376051	55,67	2,84	81226266	49,05	97,16
Feminino	86270539	50,79	1891879	44,33	2,19	84378660	50,95	97,81
Posição na família								
Chefe	48312256	28,44	1319620	30,92	2,73	46992636	28,38	97,27
Cônjuge	33580323	19,77	605844	14,20	1,80	32974479	19,91	98,20
Filho(a)	75598661	44,50	1618728	37,93	2,14	73979933	44,67	97,86
Pai, Mãe, sogro(a)	1613363	0,95	212590	4,98	13,18	1400773	0,85	86,82
Neto(a)	4348085	2,56	77031	1,80	1,77	4271054	2,58	98,23
Irmão, irmã	1939530	1,14	160513	3,76	8,28	1779017	1,07	91,72
Outros	2798379	1,65	146880	3,44	5,25	2651499	1,60	94,75
Agregado	691074	0,41	30546	0,72	4,42	660528	0,40	95,58
Pensionista	154884	0,09	3868	0,09	2,50	151016	0,09	97,50
Empregado(a) doméstico(a)	393260	0,23	3556	0,08	0,90	389704	0,24	99,10
Parente - empregado(a) doméstico(a)	8423	0,00	168	0,00	1,99	8255	0,00	98,01
Individual em domicílio coletivo	434617	0,26	88587	2,08	20,38	346030	0,21	79,62

Tabela 3B - Continuação

	População Total		Perceptoras de incapacidade **			Não perceptoras de incapacidade		
	Pop. Total	Comp. Vertical (%)	Total	Comp. Vertical (%)	Comp. Horizontal (%)	Total	Comp. Vertical (%)	Comp. Horizontal (%)
Faixa etária								
0 a 4	16386239	9,65	211123	4,95	1,29	16175116	9,77	98,71
5 a 9	16576259	9,76	198329	4,65	1,20	16377930	9,89	98,80
10 a 14	17353683	10,22	265868	6,23	1,53	17087815	10,32	98,47
15 a 19	17949289	10,57	284200	6,66	1,58	17665089	10,67	98,42
20 a 24	16142935	9,50	298055	6,98	1,85	15844880	9,57	98,15
25 a 29	13847499	8,15	286520	6,71	2,07	13560979	8,19	97,93
30 a 34	13029101	7,67	295665	6,93	2,27	12733436	7,69	97,73
35 a 39	12260820	7,22	303847	7,12	2,48	11956973	7,22	97,52
40 a 44	10547259	6,21	293654	6,88	2,78	10253605	6,19	97,22
45 a 49	8726153	5,14	269933	6,32	3,09	8456220	5,11	96,91
50 a 54	7053133	4,15	259370	6,08	3,68	6793763	4,10	96,32
55 a 59	5461499	3,22	235317	5,51	4,31	5226182	3,16	95,69
60 ou mais	14538987	8,56	1066049	24,98	7,33	13472938	8,14	92,67
Cor ou raça								
Branca	91298042	53,74	2254666	52,83	2,47	89043376	53,77	97,53
Preta	10554336	6,21	328846	7,71	3,12	10225490	6,17	96,88
Amarela	761583	0,45	18121	0,42	2,38	743462	0,45	97,62
Parda	65318092	38,45	1614015	37,82	2,47	63704077	38,47	97,53
Indígena	734127	0,43	20536	0,48	2,80	713591	0,43	97,20
Outras	1206675	0,71	31747	0,74	2,63	1174928	0,71	97,37
Religião								
Sem religião	12492403	7,35	395071	9,26	3,16	12097332	7,30	98,84
Católica	125527349	73,89	3042950	71,30	2,42	122484399	73,96	97,58
Evangélica	27501589	16,19	723056	16,94	2,63	26778533	16,17	97,37
Espiritualista	2288290	1,35	49899	1,17	2,18	2238391	1,35	97,82
Afro-brasileira	525012	0,31	13375	0,31	2,55	511637	0,31	97,45
Orientais	1538213	0,91	43579	1,02	2,83	1494634	0,90	97,17
Anos de estudo								
Sem instrução ou menos de 1 ano	42511173	25,03	1813353	42,49	4,27	40697820	24,58	95,73
1 a 3	31257335	18,40	872566	20,44	2,79	30384769	18,35	97,21
4 a 7	46979147	27,66	893353	20,93	1,90	46085794	27,83	98,10
8 a 11	38474140	22,65	509741	11,94	1,32	37964399	22,92	98,68
12 ou mais	1934112	1,14	78130	1,83	4,04	1855982	1,12	95,96
Ignorado	8716948	5,13	100788	2,36	1,16	8616160	5,20	98,84
Natureza da última união								
Casamento civil e religioso	40574805	23,89	1116655	26,16	2,75	39458150	23,83	97,25
Só casamento civil	14672045	8,64	392271	9,19	2,67	14279774	8,62	97,33
Só casamento religioso	3985320	2,35	170016	3,98	4,27	3815304	2,30	95,73
União consensual	24778888	14,59	547353	12,82	2,21	24231535	14,63	97,79
Nunca conviveu	52899300	31,14	1632184	38,24	3,09	512671169	30,96	96,91
Ignorado	32962498	19,40	409452	9,59	1,24	32553046	19,66	98,76
Estado civil								
Casado(a)	50703610	29,85	1185144	27,77	2,34	49518466	29,90	97,66
Desquitado(a)	2661741	1,57	82090	1,92	3,08	2579651	1,56	96,92
Divorciado(a)	2319575	1,37	60827	1,43	2,62	2258748	1,36	97,38
Viúvo(a)	6231273	3,67	393572	9,22	6,32	5837701	3,53	93,68
Solteiro(a)	74994159	44,15	2136846	50,07	2,85	72857313	43,99	97,15
Ignorado	32962498	19,40	409452	9,59	1,24	32553046	19,66	98,76
Posição na ocupação								
Desempregado	11837581	6,97	180088	4,22	1,52	11657493	7,04	98,48
Inativo	59442884	34,99	2848549	66,74	4,79	56594335	34,17	95,21
Funcionário público	3693162	2,17	35687	0,84	0,97	3657475	2,21	99,03
Empregado com carteira	23929433	14,09	241229	5,65	1,01	23688204	14,30	98,99
Empregado sem carteira	16071534	9,46	206101	4,83	1,28	15865433	9,58	98,72
Autônomo	15396247	9,06	240289	5,63	1,56	15155958	9,15	98,44
Empregador	1897842	1,12	21969	0,51	1,16	1875873	1,13	98,84
Não-remunerado	2608533	1,54	40092	0,94	1,54	2568441	1,55	98,46
Próprio consumo	2033141	1,20	44475	1,04	2,19	1988666	1,20	97,81
Ignorado	32962498	19,40	409452	9,59	1,24	32553046	19,66	98,76
Contribuição para previdência								
Contribuinte	6198855	3,65	80725	1,89	1,30	6118130	3,69	98,70
Não contribuinte	26880461	15,82	383410	8,98	1,43	26497051	16,00	98,57
Ignorado	136793539	80,53	3803795	89,13	2,78	13298744	80,81	97,22

Fonte: CPS/FGV processando os microdados do Censo Demográfico 2000/IBGE

** inclui deficiência mental, paraplegia ou falta de membros, e pelo menos incapacidade de enxergar, ouvir ou ler.

A partir dos dados expostos nas tabelas 3A e 3B, Neri (2003), destaca as seguintes informações:

- **Idade** – Dividindo a população por faixa etária, foi possível perceber que as pessoas com deficiência com mais de 60 anos compõem a parcela mais significativa da população, atingindo 29,34%. Em contrapartida, a parcela da população de pessoas sem deficiência da mesma faixa etária é de apenas 5,04%. Também pode ser observado que as pessoas com e sem deficiência se distribuem distintamente segundo a idade. Neste ínterim, os membros da população sem deficiência e na faixa etária de 0 a 24 anos, representam 55% da população, enquanto os membros com deficiência na mesma faixa etária representam 18,43%. Assim sendo, nota-se que a parcela da população com maior incidência de deficiências é a que se encontra na faixa etária mais elevada, tendo em vista que muitas destas deficiências são adquiridas à medida que as pessoas avançam no seu ciclo de vida.
- **Gênero** – Outro ponto a destacar é a análise do universo de pessoas com deficiência, segundo o sexo, onde se constata que a maioria é representada por mulheres, que alcançam 53,58 do universo em epígrafe, sendo esta maior incidência feminina, relacionada à maior longevidade das mesmas, ficando, assim, mais propensas a determinadas doenças e deficiências características da idade elevada. Por outro lado, quando analisamos o grau de severidade das deficiências, são obtidos resultados distintos, ou seja, é entre os homens que se encontram o maior número de pessoas que se declaram incapazes, atingindo 55,6% da população. Fato este que corrobora a tese de que o perfil de ciclo de vida das deficiências possui mais declividade do que o das incapacidades, tendo em vista que com o decorrer dos anos as pessoas do sexo feminino - devido à maior longevidade – ficariam mais suscetíveis a adquirirem deficiências do tipo *alguma ou grande dificuldade de caminhar, enxergar e ouvir*. Já as pessoas do sexo masculino são maioria quando se tratam de deficiências relacionadas a problemas de nascença, acidentes, violência urbana, dentre outras, sendo estes prevalentemente homens jovens.

- **Escolaridade** – O grau de instrução no Brasil é crítico, tendo em vista que apenas 27,6% da população brasileira possui de 4 a 7 anos de estudo, e 25,03% não possui instrução. Especificamente, quanto às pessoas com deficiência, a situação é ainda mais grave, já que 27,61% destes não possuem escolaridade. Entretanto, quando comparado os valores entre os que possuem mais de 12 anos de estudo, observa-se que 1,55% são pessoas com deficiência e 1,07% não possuem deficiência, fato este que corrobora a tese de exclusão social das pessoas com deficiência e a dificuldade, muitas vezes imperiosa dos mesmos acessarem o sistema educacional.
- **Raça** – Segundo os dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE), aproximadamente a metade da população brasileira, 53,74%, se autodenomina de cor branca, enquanto 38,45% se declara parda e apenas 6,21%, como negra. Em relação às pessoas com deficiência, observa-se que o percentual de pessoas brancas com deficiência é um pouco menor em relação à população total, 51,14%, sendo os pardos 39,86%, os negros 7,5% e os índios 0,51%.
- **Ocupação** – Nesta categoria, os números mais expressivos encontram-se entre os inativos, onde as pessoas sem deficiência totalizam 32%, enquanto as pessoas com deficiência são cerca de 52% da população. Neste aspecto, entende-se que o fato de o maior número de inativos estar entre as pessoas com deficiência, ocorre devido a algumas deficiências serem causadoras de desvantagens e dificuldades em relação à vida produtiva, bem como a rejeição destes pelo mercado de trabalho. Outro ponto a ressaltar quanto à análise destes valores é o fato de que existem mais pessoas com deficiência entre as de idade superior a 60 anos, portanto, fora da faixa etária considerada produtiva. Cabendo, entretanto, ressaltar o fato de que a pouca ou não existência de mecanismos de reabilitação, adaptação e garantia de acessibilidade, podem ser fatores determinantes destes dados estatísticos, já que as pessoas com deficiência enfrentam inúmeras barreiras estruturais para o desempenho de atividades laborais.

- **Contribuição previdenciária** – A parcela de não contribuintes à Previdência Social entre as pessoas com deficiência é superior ao encontrado entre as pessoas sem deficiência, sendo de 17% e 15%, respectivamente. Outro ponto a ressaltar é que 79% das pessoas com deficiência não responderam esta questão, ignorando-a, fato este que nos leva a entender que programas e projetos de apoio às pessoas com deficiência, que se originam no setor formal da sociedade, deixam de contemplar a grande maioria deste grupo, já que os dados oriundos do sistema de previdência social não são suficientes, tendo em vista o elevado número de entrevistados (Censo 2000) que não responderam às questões relativas à previdência social.
- **Posição na família** – Quanto à posição na família, enquanto entre as pessoas sem deficiência os filhos são a parte mais significativa da população (48,8%), entre as pessoas com deficiência, este número cai para 18,8%, fato provavelmente relacionado à distribuição etária do grupo. Este fato é corroborado pelo contraponto de que 47,7% das pessoas com deficiência encontram-se qualificadas como pais, mães, sogros(as). Dados estes que também podemos associar à questão da faixa etária. Ademais, cabe ainda ressaltar que, tendo em vista que é nessa posição familiar que se encontra o provedor da família e que muitas das pessoas com deficiência possuem dificuldades na vida laboral, este fato acaba por impactar negativamente a renda destas famílias.

Estes dados selecionados são suficientes para nos mostrar um retrato da situação social e econômica das pessoas com deficiência, principalmente os relativos a questões de renda, contribuição à previdência e escolaridade. Diante disto, entende-se que há necessidade de melhor planejamento de políticas públicas de inclusão, para que estas pessoas tornem-se membros ativos da sociedade.

3 - CAMPOS DOS GOYTACAZES E SUA POPULAÇÃO

A população do município de Campos dos Goytacazes possui o perfil exposto na tabela 4 (IBGE, 2006).

Tabela 4 – População e Domicílios - Campos dos Goytacazes - RJ

Referencia	Valor x 1000 hab
Pessoas residentes	407.168
Homens	159.635
Mulheres	174.536
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ rendimento nominal mensal de até 1 salário mínimo	67.084
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ rendimento nominal mensal de 1 a 2 salários mínimos	53.810
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ rendimento nominal mensal de 2 a 3 salários mínimos	24.328
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ rendimento nominal mensal de 3 a 5 salários mínimos	24.077
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ rendimento nominal mensal de 5 a 10 salários mínimos	19.237
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ rendimento nominal mensal de 10 a 20 salários mínimos	7.336
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ rendimento nominal mensal de mais de 20 salários mínimos	3.241
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ rendimento nominal mensal – sem rendimento	135.060
Rendimento nominal – pessoas residentes – 10 anos ou mais – com rendimento – média mensal	R\$ 589,73
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ menos de 1 ano de estudo	27.194
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ 1 a 3 anos de estudo	64.655
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ 4 a 7 anos de estudo	118.060
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ 8 a 10 anos de estudo	52.961
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ 11 a 14 anos de estudo	57.434
Pessoas residentes c/ 10 anos ou mais c/ 15 anos ou mais de estudo	13.003

Fonte: IBGE, resultados da amostra do CENSO demográfico 2000

Nota: informações de acordo com a divisão territorial vigente em 01/01/2001

Os dados expostos na tabela 4 demonstram que a população do município possui predominantemente baixo grau de estudo e baixa renda média. Também pode-se destacar o fato de 33,17% da população não possuir renda.

3.1 - UM OLHAR SOBRE A SITUAÇÃO E AS CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Conforme dados do IBGE (2006), o município de Campos dos Goytacazes está localizado no Norte Fluminense, a 274 Km da Capital e possui uma população estimada de 426.212 habitantes, além de um território de 4.032 Km², com sua população distribuída em 15 distritos e 102 bairros.

Outrossim, segundo dados apresentados por Neri (2003), o município possui cerca de 59.000 pessoas com deficiência que, segundo Teixeira & Oliveira (2004), estão distribuídos em: deficientes visuais – 48,1%; deficientes motores – 22,9%; deficientes auditivos – 16,7%; deficientes mentais – 8,3%; e deficientes físicos – 4,1%.

Desta forma, entende-se que o público alvo do referido projeto encontra-se na ordem de aproximadamente 16.000 pessoas que podem ser somadas aos pacientes oriundos dos municípios vizinhos, Norte e Noroeste Fluminense, conforme exposto na tabela 5, tendo em vista a característica inata do município de Campos dos Goytacazes ser de centro de referência regional em tratamento de saúde.

Tabela 5 - Rio de Janeiro – Norte e Noroeste – Portadores de deficiência

Municípios	Pessoas com deficiência
População Total (Norte e Noroeste)	141.518
Aperibé	1.180
Bom Jesus do Itabapoana	6.411
Campos dos Goytacazes	56.464
Carapebus	1.852
Cardoso Moreira	2.419
Conceição de Macabu	4.082
Italva	2.424
Itaocara	3.582
Itaperuna	13.287
Laje do Muriaé	1.184
Macaé	15.960
Miracema	3.881
Natividade	2.376
Quissamã	2.420
Santo Antônio de Pádua	5.819
São Fidélis	5.693
São Francisco de Itabapoana	6.849
São João da Barra	4.858
Varre-Sai	777

Fonte: CPS/IBRE/FGV a partir dos microdados Censo Demográfico de 2000/IBGE.

Também consideramos relevantes os dados referentes à escolaridade e renda da população local e regional de pessoas com deficiência, tendo em vista, que a situação econômica das pessoas com deficiência, por muitas vezes dificulta ou até impossibilita o tratamento e a reabilitação das mesmas. Neste ínterim, os dados da tabela 6 mostram que a população regional possui baixa escolaridade e baixa renda, fato que torna a necessidade de um serviço público de tratamento e reabilitação, uma necessidade de suma importância e urgência.

Tabela 6 - Rio de Janeiro – Norte e Noroeste – Escolaridade e Renda

Municípios	Escolaridade*	Renda**
População Total (Norte e Noroeste)	5.34	648.76
Aperibé	3.49	532.99
Bom Jesus do Itabapoana	4.01	525.58
Campos dos Goytacazes	4.22	395.86
Carapebus	3.68	431.04
Cardoso Moreira	2.38	263.68
Conceição de Macabu	4.35	378.43
Italva	3.14	550.23
Itaocara	3.22	1088.27
Itaperuna	4.00	438.06
Laje do Muriaé	3.12	239.98
Macaé	4.83	695.95
Miracema	3.99	384.79
Natividade	3.51	296.89
Quissamã	3.46	341.24
Santo Antônio de Pádua	3.06	267.79
São Fidélis	3.46	320.83
São Francisco de Itabapoana	2.55	261.96
São João da Barra	3.56	312.59
Varre-Sai	2.78	236.58

Fonte: CPS/IBRE/FGV a partir dos microdados Censo Demográfico de 2000/IBGE.

*média de anos de estudo - **renda mensal média *per capita*

Embora os dados oriundos do Censo Demográfico sejam capazes de demonstrar a demanda por tratamento e reabilitação, esta não contempla informações qualitativas, bem como informações focadas nas pessoas com deficiências relacionadas ao aparelho locomotor. Por este motivo, este trabalho buscou informações primárias junto aos usuários dos serviços de saúde do município de Campos dos Goytacazes e aos profissionais do setor. Neste pleito, a metodologia aplicada foi a pesquisa de campo, por meio de uma aplicação de questionários, tendo em vista o desejo e a necessidade de conhecer, de forma mais profunda, alguns elementos relacionados ao atendimento, no Município de Campos dos Goytacazes. Desta forma, foram elaboradas as questões-chave, conforme exposto no quadro 1.

Quadro 1 – Perguntas-Chaves

Perguntas	Respostas
1) Em que medida o Projeto de um Centro de Reabilitação trará benefícios para o Município de Campos dos Goytacazes?	Para atendimento a pacientes que teriam que se deslocar para os grandes centros em busca de tratamento.
	Para desenvolvimento de uma postura ética por parte do município e seus parceiros frente à realidade local.
	Para desenvolvimento de habilidades para os profissionais da área de saúde.
2) Como é a sua visão de um Projeto de Implantação de um Centro de Reabilitação no Município de Campos dos Goytacazes?	Atendimento gratuito aos portadores de deficiências do aparelho locomotor
	Qualidade no atendimento aos portadores de deficiências do aparelho locomotor.
	Garantia de atendimento a portadores de deficiências do aparelho locomotor.
3) Quais os resultados esperados de um Centro de Reabilitação para pacientes portadores de deficiência do aparelho locomotor?	Tratamento a pacientes portadores de deficiências do aparelho locomotor.
	Inserção, na sociedade, da reflexão do papel do deficiente no meio social e consciência a respeito do que seja saúde.
	Valorização do compromisso ético dos profissionais da área de saúde.
	Desejo de discutir e disseminar a proposta de um Centro de Reabilitação no Município de Campos dos Goytacazes.

Fonte: Elaboração dos autores

Definidas as perguntas-chave para elaboração dos questionários, foram elencadas as variáveis necessárias ao entendimento de cada uma das perguntas escolhidas, conforme segue:

- a) Em que medida o Projeto de um Centro de Reabilitação trará benefícios para o Município de Campos dos Goytacazes?
- Perfil dos pacientes para serem atendidos pelo Centro de Reabilitação;
 - Desenvolvimento de habilidades do aparelho locomotor;
 - Desenvolvimento de postura ética frente à realidade local;
 - Compreensão da lógica de funcionamento do Centro de Reabilitação;
 - Desenvolvimento de habilidades entre os envolvidos, formando recursos humanos e produzindo conhecimento científico.
- b) Como é a sua visão de um Projeto de Implantação de um Centro de Reabilitação no Município de Campos dos Goytacazes?
- Articulação entre os possíveis parceiros do Projeto:
 - ✓ Rede Sarah de Hospitais;

- ✓ Governo Municipal;
 - ✓ Secretaria de Estado de Saúde;
 - ✓ Ministério da Saúde;
 - ✓ Associações e Fundações.
 - Grau de institucionalização do Projeto no Município de Campos dos Goytacazes:
 - ✓ Processo de avaliação e sistematização.
 - Processo de implementação do Projeto no Município de Campos dos Goytacazes:
 - ✓ Tempo dedicado às diferentes atividades, ou seja, distribuição do tempo e aproveitamento do mesmo ao longo do processo.
 - Método das diferentes atividades, tais como:
 - ✓ Carga horária a ser realizada;
 - ✓ Interação com gestores, servidores e usuários do Centro de Reabilitação;
 - ✓ Gestão do Centro de Reabilitação.
 - Dimensão estrutural, como:
 - ✓ Qualidade no atendimento;
 - ✓ Alimentação;
 - ✓ Transporte;
 - ✓ Equipe.
 - Processo Administrativo Financeiro:
 - ✓ Valor dos recursos aplicados;
 - ✓ Custo per capita;
 - ✓ Mecanismo de transferência de recursos.
- c) Quais os resultados esperados de um Centro de Reabilitação para pessoas com deficiência do aparelho locomotor?
- Aquisição de conhecimentos relacionados a:
 - ✓ Gestão do Centro de Reabilitação;
 - ✓ Atenção à Saúde;
 - ✓ Doenças do aparelho locomotor.
 - Grau de reflexão do papel das pessoas com deficiência no meio social;
 - Ampliação de consciência a respeito do que é saúde;

- Valorização do compromisso ético dos profissionais da área de saúde;
- Desejo de discutir e disseminar a proposta do Centro de Reabilitação.

Com as variáveis escolhidas, procurou-se compreender quais atores seriam mais adequados para que se buscassem as informações. Tal discussão levou à escolha dos seguintes atores-chave:

- As próprias pessoas com deficiências do aparelho locomotor;
- Os responsáveis pelas pessoas com deficiências do aparelho locomotor;
- Os profissionais da área de saúde.

A partir dos dados obtidos com a pesquisa, foi possível elaborar as tabelas a seguir:

A tabela 7, a seguir, mostra a distribuição das pessoas com deficiência do aparelho locomotor que responderam ao questionário, conforme modelo do anexo I. Foram 50 entrevistados, sendo que os percentuais constantes da tabela abaixo correspondem ao número de entrevistados.

Tabela 7 – Distribuição das pessoas com deficiência do aparelho locomotor.

Bairro/Distrito:	Percentual:
Bairros Centrais	44%
Baixada Campista	30%
Guarus	14%
Travessão	8%
Ururaí	4%

Fonte: Dados Primários – questionário de pesquisa – anexo I

As tabelas 8 e 9 apresentam a distribuição das pessoas com deficiência do aparelho locomotor conforme idade e sexo.

Tabela 8 – Distribuição das pessoas com deficiência do aparelho locomotor conforme idade.

Idade:	Percentual:
0 a 5	20%
5 a 10	24%
10 a 15	24%
15 a 20	16%
20 a 25	8%
Mais de 25	8%

Fonte: Dados Primários – questionário de pesquisa – anexo I

Tabela 9 – Distribuição das pessoas com deficiência do aparelho locomotor conforme sexo.

Sexo:	Percentual:
Masculino	56%
Feminino	44%

Fonte: Dados Primários – questionário de pesquisa – anexo I

Na tabela 10, é possível visualizar que houve um grande percentual de profissionais da área de saúde responderam à entrevista, o que oferece bastante diversidade nas análises apresentadas nos questionários.

Tabela 10 – Distribuição de profissionais da área da saúde que responderam à entrevista.

Profissão:	Percentual:
Administrador Hospitalar	8%
Assistente Social	14%
Atendente	11%
Dentista	5%
Enfermeiro	11%
Farmacêutico	8%
Fisioterapeuta	14%
Fonoaudiólogo	5%
Médico	8%
Nutricionista	8%
Psicólogo	8%

Fonte: Dados Primários – questionário de pesquisa – anexo I

Na tabela 11, observa-se que ainda há um número significativo de pessoas com deficiências do aparelho locomotor que ainda não realizam qualquer tipo de tratamento em instituições públicas.

Tabela 11 – Distribuição das pessoas com deficiências do aparelho locomotor em Instituições Públicas.

Tratamento em Instituição Pública:	Percentual:
Sim	40%
Não	60%

Fonte: Dados Primários – questionário de pesquisa – anexo I

Na tabela 12, percebe-se um número de pessoas com deficiência do aparelho locomotor que já realizaram algum tipo de tratamento e não deram continuidade.

Tabela 12 – Distribuição das pessoas com deficiências do aparelho locomotor que não deram continuidade ao tratamento.

Tratamento Descontinuado:	Percentual:
Sim	65%
Não	35%

Fonte: Dados Primários – questionário de pesquisa – anexo I

Na tabela 13, percebe-se distribuição das pessoas com deficiências do aparelho locomotor segundo grau de experiência/percepção de aproveitamento junto a instituições que oferecem tratamento fora do município de Campos dos Goytacazes. Boa parte dos entrevistados reconhece ter alcançado um elevado grau de aproveitamento junto a instituições que oferecem tratamento para as pessoas com doenças do aparelho locomotor em razão de seu compromisso com o processo. Entretanto, há casos em que o aproveitamento torna-se extremamente pequeno, tendo em vista os problemas com locomoção, viagens que resultam em cansaço e o tempo curto para o tratamento.

Tabela 13 – Distribuição das pessoas com deficiências segundo grau de experiência/percepção de aproveitamento em instituições de tratamento para pessoas com deficiências do aparelho locomotor fora o Município de Campos dos Goytacazes.

Experiência:	Percentual:
Muito Grande	35%
Grande	30%
Médio	20%
Pequeno	10%
Muito Pequeno	5%

Fonte: Dados Primários – questionário de pesquisa – anexo I

O quadro 2 demonstra que existem alguns fatores que atuam com facilitadores ou inibidores do acesso ao tratamento e reabilitação das pessoas com deficiências do aparelho locomotor.

Quadro 2 – Elementos facilitadores x inibidores do acesso ao tratamento

Elementos que facilitam a Adesão ao Tratamento:	%	Elementos que dificultam a Adesão ao Tratamento:	%
Diálogo com os gestores, trabalhadores e usuários de algum tipo de tratamento para as pessoas com deficiências.	15%	Cansaço físico e mental dos pacientes, provocado por excesso de atividades ou por longas viagens em busca do tratamento.	40%
Metodologias ativas, como rodas de conversa, diálogos com atores sociais, debates em torno de tratamento e práticas.	25%	Falta de domínio de metodologias por parte dos gestores locais, resultando em atividades repetitivas	15%
Reuniões de avaliação do dia.	10%	Gestores muitas vezes fechados a expor as dificuldades das unidades, mostrando apenas o lado bom.	15%
Entrosamento das pessoas com deficiência e troca de experiências entre os mesmos.	25%	Tensões entre as pessoas com deficiência do aparelho locomotor, gerando dificuldades de entrosamento entre os mesmos.	30%
Acolhimento do município.	20%		
Conversas informais.	5%		

Fonte: Dados Primários – questionário de pesquisa – anexo I

Conforme informações prestadas pelos entrevistados, concluímos que existem alguns fatores que podem potencializar o aproveitamento do tratamento, sobretudo, na hipótese, de implementação do projeto proposto neste trabalho: criação de um Centro Especializado de Saúde – Centro de Reabilitação para Pessoas com Deficiência e com Problemas do Aparelho Locomotor e/ou Neurológicos, onde serão aplicadas técnicas avançadas, prevenindo a incapacidade e a deformidade, combatendo, também, preconceitos quanto à deficiência física.. Desta forma, as pessoas com deficiências do aparelho locomotor e seus respectivos responsáveis entrevistados elencaram muitos elementos importantes conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Fatores potencializadores

1. Viabilização de espaços de diálogo com os usuários do sistema.
2. Viabilização de contato entre o paciente e os profissionais do sistema.
3. Articulação dos atores locais de modo que todos (usuários, profissionais, gestores) possam construir um plano de tratamento de forma compartilhada.
4. Proporcionar interação entre os pacientes do Projeto e pacientes visitantes.
5. Desenvolver metodologias que estimulem o desejo de dar continuidade ao tratamento.
6. Criar oportunidades de interação com os movimentos sociais locais.
7. Aproximar as universidades das ações do Projeto.

Fonte: Dados Primários – questionário de pesquisa – anexo I

De modo geral, observa-se que a idealização deste Projeto foi vista pelos entrevistados como uma forma de concretizar o Centro de Reabilitação e Tratamento de Deformidades, Traumas e Doenças do Aparelho Locomotor, algo que nunca havia sido proposto antes, uma forma de amenizar seu sofrimento e viabilizar o tratamento de que necessitam.

3.2 - O SISTEMA LOCAL DE SAÚDE *versus* TRATAMENTO E REABILITAÇÃO.

Dados da Fundação Getúlio Vargas - FGV (2006) indicam que o município possui cerca de 82.553 pessoas com deficiência que, segundo Teixeira & Oliveira (2004), estão distribuídos em: deficientes visuais – 48,1%; deficientes motores/físicos – 27%; deficientes auditivos – 16,7%; deficientes mentais – 8,3%.

Desta forma, pode-se observar que o público-alvo do referido projeto encontra-se na ordem de aproximadamente 16.000 pessoas excluindo pacientes oriundos dos municípios vizinhos.

Outrossim, segundo dados do Tribunal de Contas do Estado/RJ – TCE (2004), a rede pública de saúde do município de Campos dos Goytacazes possui a seguinte estrutura: posto de saúde – 1; centro de saúde – 10; policlínica – 71; ambulatório de unidade hospitalar geral – 4; ambulatório de unidade hospitalar especializada – 1; unidade mista – 9; pronto socorro geral – 1; pronto socorro especializado – 3; consultório – 22; clínica especializada – 11; centro/núcleo de atenção psicossocial – 2; centro/núcleo de reabilitação – 1; outros serviços auxiliares de diagnose e terapia – 3; unidade móvel para emergências e traumas – 1; farmácia para distribuição de medicamentos – 1; unidade de saúde da família – 32; unidade de vigilância sanitária – 1; unidade não especificada – 7.

Informações mais recentes, apresentadas no anuário publicado pela Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes – PMCG (2006), nos apresentam tais informações, que confirmam os valores apresentados pelo TCE.

Tais dados nos mostram uma rede de saúde bem diversificada, tendo em vista o foco deste trabalho, embora, seja possível afirmar que a existência de uma única unidade de saúde especializada em reabilitação é um fato que merece atenção, haja vista a demanda por este tipo de atendimento. Por outro lado, conforme noticiado no *site* da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, no dia 27 de setembro de 2006, o serviço de fisioterapia (uma das formas de tratamento e reabilitação), está disponível em 19 UMS do município, informação esta que corrobora a tese de que existe uma grande demanda por este, entre outros tipos de terapia, utilizadas na reabilitação, caso contrário, o município não teria motivos para expandir e descentralizar este tipo de atendimento.

4 – UM BREVE ESTUDO SOBRE ACESSIBILIDADE

Segundo Duarte & Cohen (2004), muitos são os conceitos de acessibilidade, sendo que a ABNT⁴ define acessibilidade como sendo: “possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano elementos”. Sendo assim, considerado como um valor inerente ao próprio espaço e indelével do mesmo, pois caso contrário, haverá uma restrição à integração por parte de diversos segmentos da sociedade.

Também é importante ressaltar alguns conceitos complementares ao entendimento do termo acessibilidade, tais como:

- Barreira Física – a ABNT, define como barreira arquitetônica, urbanística ou ambiental, como “qualquer elemento natural, instalado ou edificado que impeça a aproximação, transferência ou circulação no espaço, mobiliário ou equipamento urbano.”;
- Desenho universal – segundo a ABNT, desenho universal é aquele que “visa atender à maior gama de variações possíveis das características antropométricas e sensoriais da população.”;
- Deficiência, Incapacidade e Desvantagem – segundo CORDE⁵ deficiência é “toda a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica”. Já o termo incapacidade está ligado às seqüelas que limitam a realização de uma determinada atividade, ou seja, “é toda a restrição ou falta da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal ao ser humano”. E a desvantagem é definida como “uma situação desvantajosa para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso”.
- Rota Acessível – este conceito está alicerçado na idéia de continuidade das medidas de acessibilidade, implementados num percurso, ou seja, conforme define Guimarães *apud* Duarte & Cohen (2004), Rota Acessível é “a linha de interligação contínua e sistêmica entre os

⁴ Associação Brasileira de Normas Técnicas

⁵ Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

elementos que compõem a acessibilidade, compreendendo espaços externos e internos à edificação e, pelo menos em uma de suas entradas”.

Outro ponto importante a ser considerado, segundo Duarte & Cohen (2004), é a identificação das barreiras urbanas e a posterior identificação da solução mitigadora da mesma. Neste ínterim, as principais barreiras urbanas e suas respectivas soluções de mitigação são descritas no quadro 4.

Quadro 4 – Barreiras e urbanas e soluções mitigadoras

Barreiras	Soluções
Pisos	A utilização de pisos táteis, ou seja, pisos com texturas diferenciadas e padronizadas que atuam com sinalizadores de obstáculos.
Estacionamento	As vagas destinadas às pessoas com deficiência devem ser sinalizadas, tanto no piso, quanto através de fixação de placas indicativas, além disto estas vagas devem ser localizadas próximas a rampas de acesso.
Calçadas e meio-fio	Devem ser instaladas rampas de acesso, mas estas necessitam ter uma inclinação máxima de 8,33%. Além disto, não deve haver desnível entre o fim da rampa e a rua e, caso haja, não pode ultrapassar 1,5 cm. Outro ponto a considerar é que a rampa necessita de pelo menos 80 cm de faixa de acesso livre na calçada.
Mobiliário urbano (lixeiras, orelhões, caixas de correio...)	Todo e qualquer mobiliário urbano deve ser sinalizado e possuir certas características, tais como: <ul style="list-style-type: none"> • Piso tátil para demarcação da área; • Informações em braile; • Estar em altura adequada; • Especificamente, nos caso dos orelhões, estes devem estar a no máximo 1,20 m do solo.

Fonte: elaborado pelos autores

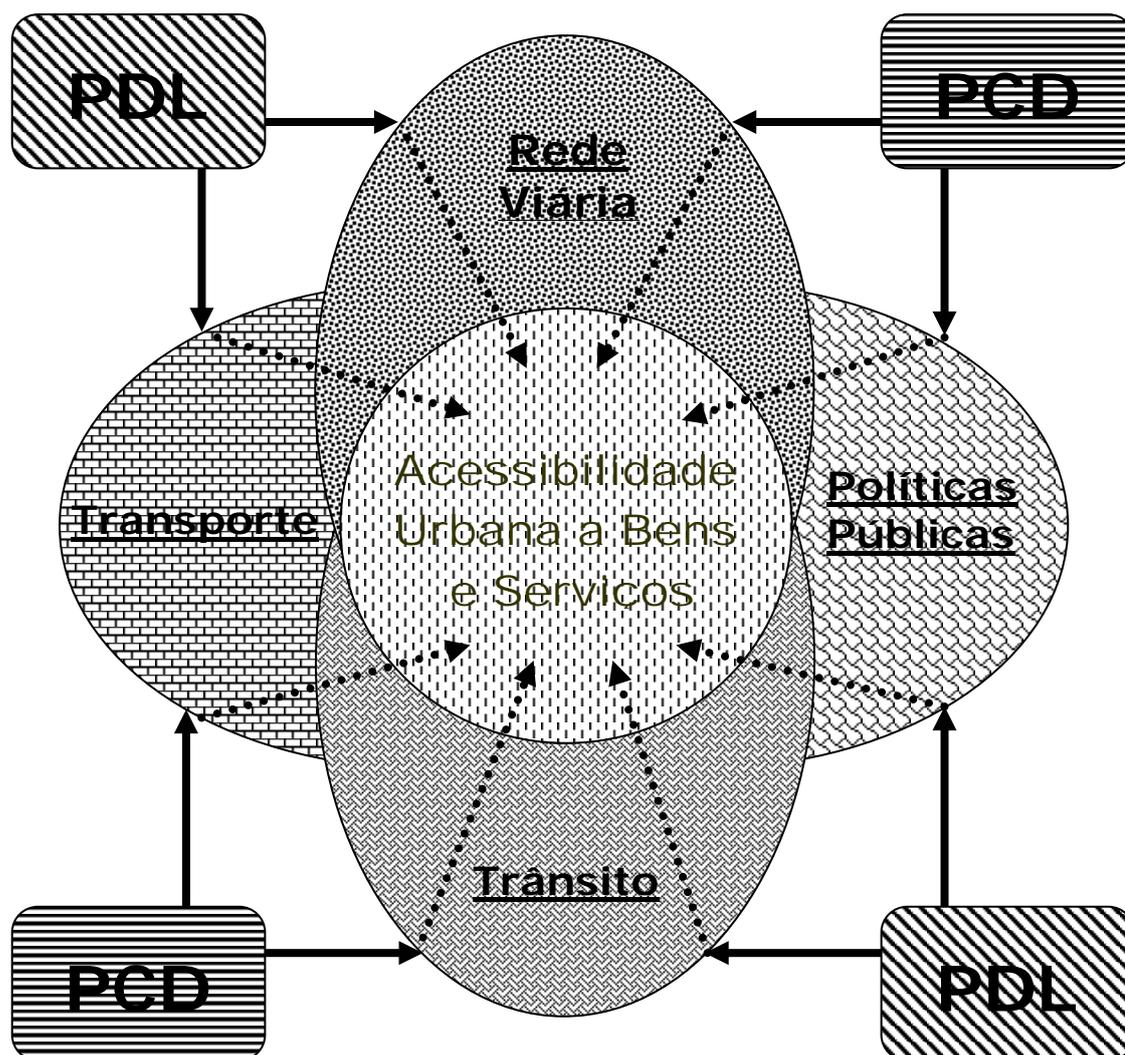
Estas são a barreiras mais comuns, entretanto muitas outras adequações necessitam ser feitas nas edificações e no mobiliário urbano, para que os critérios de acessibilidade sejam contemplados plenamente. Para tal, sugerimos que, antes da realização de qualquer projeto arquitetônico, seja relativo a edificações, áreas públicas ou vias de acesso, sejam consultadas as normas da ABNT relativas à acessibilidade, normas estas disponíveis gratuitamente no site da CORDE⁶.

⁶ CORDE - Normas ABNT/Acessibilidade: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/normas_abnt.asp

4.1 - ACESSIBILIDADE *versus* CAMPOS DOS GOYTACAZES

Não diferente de outras cidades, Campos dos Goytacazes possui diversos problemas relativos à acessibilidade, problemas estes que, segundo Silva (2006), devem ser analisados de forma sistêmica, levando em conta os diversos fatores que envolvem a questão. Neste ínterim, o referido autor nos apresenta o esquema exposto na figura 4.

Figura 4 - Representação esquemática da interação dos quatro elementos fomentadores da acessibilidade urbana para as PCD e as PDL.

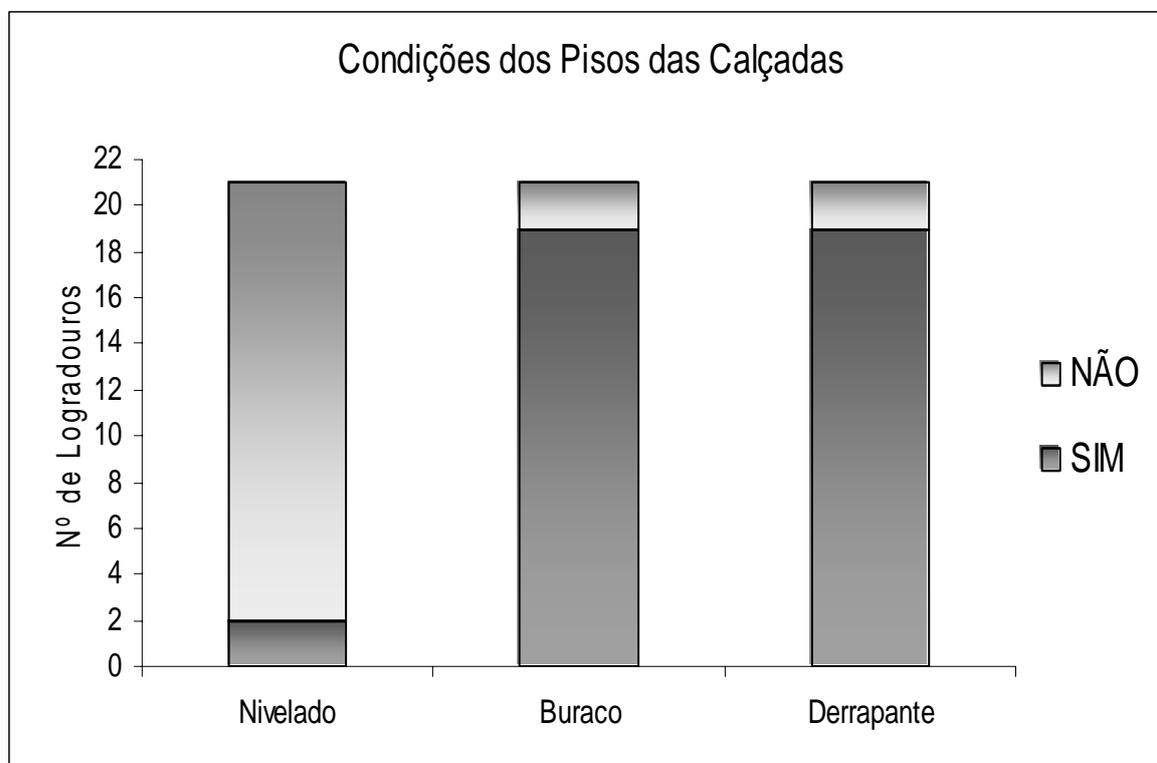


Fonte: SILVA (2006)

A partir da análise alicerçada no esquema da figura 4, Silva (*op cit*), elaborou o diagnóstico da oferta de acessibilidade na área central no município de Campos dos Goytacazes, donde destacamos as seguintes informações, que consideramos como uma amostra da realidade do centro urbano do município, mas que, possivelmente, seja a realidade também de todo o território municipal.

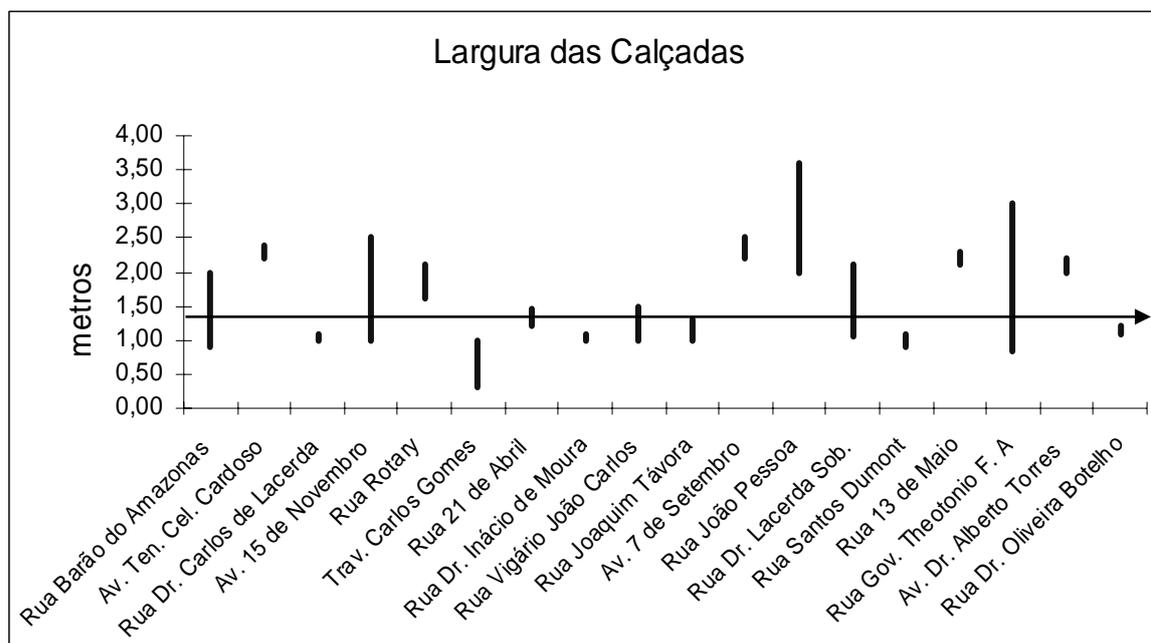
- Condições das calçadas (gráficos 3 e 4) – desta análise destacamos a condição dos pisos e a largura, tendo em vista que o foco deste trabalho são as deficiências do aparelho locomotor e a influência destes fatores na locomoção dos mesmos.

Gráfico 3 – Condições dos pisos das calçadas quanto às variáveis: nível, conservação e aderência.



Fonte – SILVA (2006)

Gráfico 4 – Variação das larguras das calçadas em 18 logradouros pesquisados.



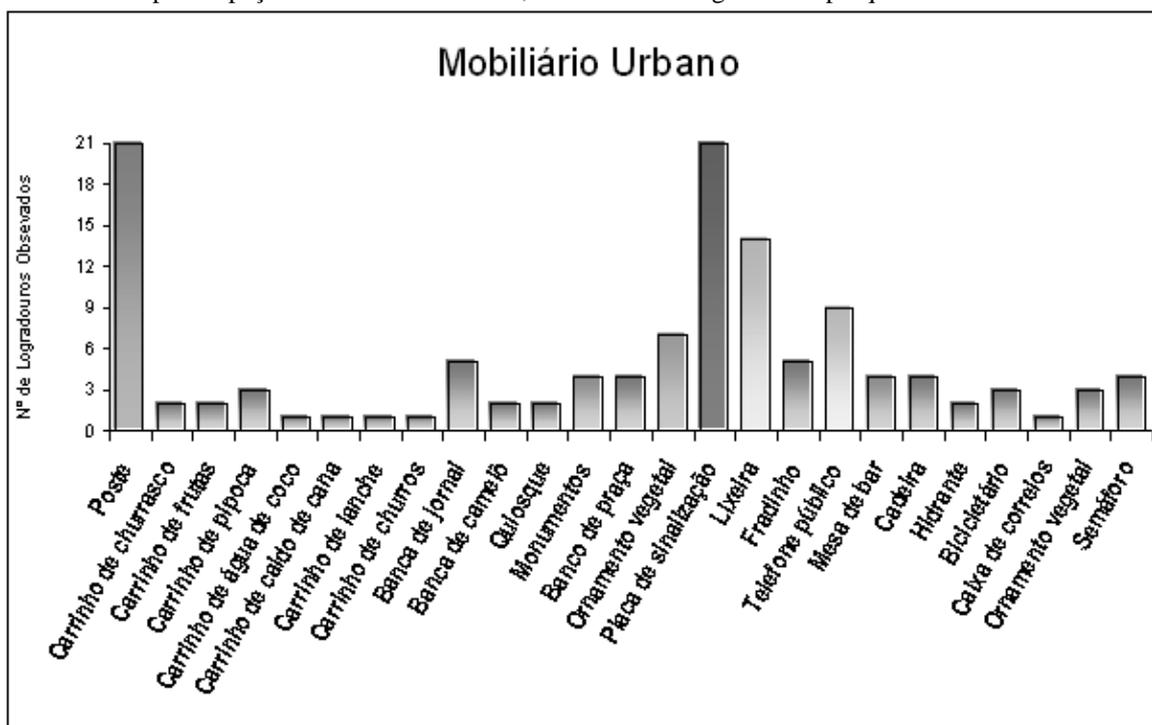
Fonte – SILVA (2006)

Legenda:  largura mínima segundo recomendação na NBR 9050

O gráfico 4 nos mostra que, das calçadas analisadas, apenas quatro delas apresentam largura inferior à largura mínima recomendada pela NBR 9050 (1,20).

- Mobiliário urbano (gráfico 5) - entende-se como mobiliário urbano todo objeto disposto nos logradouros públicos, tais como: orelhões, bancos, canteiros, bancas de jornal, postes, etc. Sendo de suma importância a disposição adequada dos mesmos, para que estes não se tornem obstáculos. Diante disto, Silva (*op cit*) qualifica os tipos de mobiliários urbanos que compõem os espaços públicos na área central do município e a intensidade em que são observados nos logradouros.

Gráfico 5 – Tipos de peças do mobiliário urbano, existentes nos logradouros pesquisados.

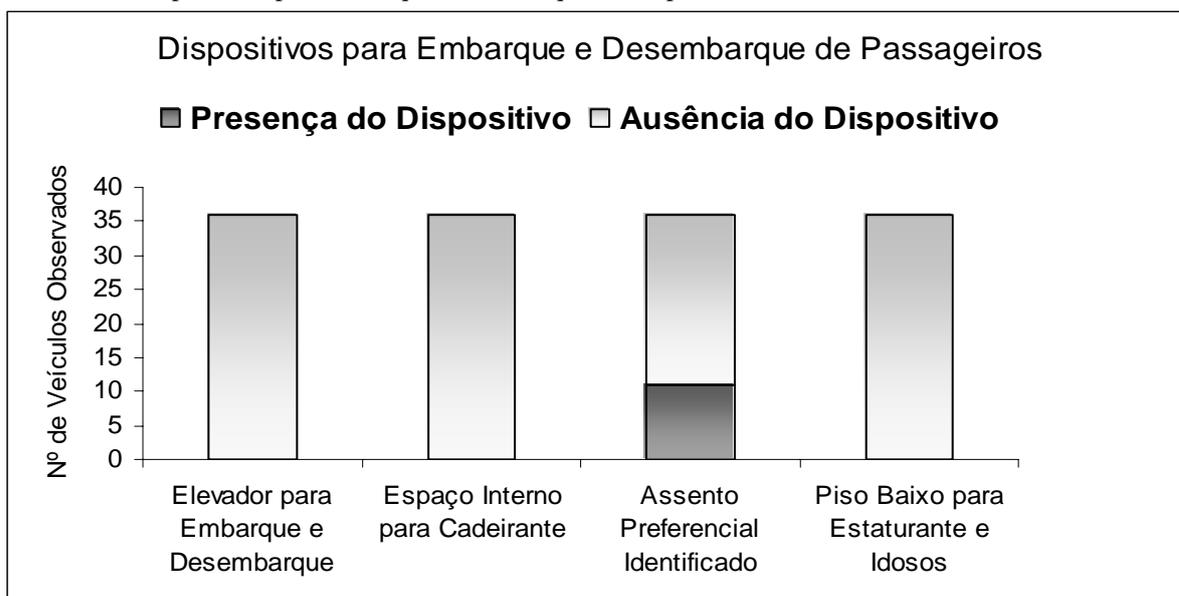


Fonte: SILVA (2006)

No gráfico 5, podemos observar que há grande incidência postes, placas de sinalização, lixeiras, orelhões e ornamentos vegetais.

- Transporte público – o transporte coletivo, ou seja, ônibus (único disponível em Campos dos Goytacazes) possui grande relevância no que tange à acessibilidade, pois é através dele que a grande maioria da população se desloca em uma cidade. Desta forma, Silva (*op cit*) analisa este fator sob dois aspectos fundamentais: os coletivos e os terminais rodoviários, dos quais destacamos os dados do gráfico 6 e do quadro 5.

Gráfico 6 - Dispositivos para embarque, desembarque e transporte de PCD e PDL



Fonte: SILVA (2006)

Quadro 5 - Terminais e pontos de parada de veículos do transporte coletivo rodoviário, da área central do município de Campos dos Goytacazes, quanto à oferta de acessibilidade para embarque, desembarque e condução das PCD e das PDL

Local	Itens de verificação					
	Dispositivos facilitadores da mobilidade e acessibilidade nos terminais e pontos de ônibus			Condições do piso do terminal ou ponto		
	Rampa de acesso	Calçada rebaixada	Embarque em nível	Nível	Conservação	Aderência
Terminal Urbano de Embarque Luiz Carlos Prestes	Ausente	Ausente	Inexistente	Irregular	Com buracos	Derrapante
Terminal Urbano de Desembarque (ao lado do Campos Shopping)	Ausente	Presente (fora de padrão)	Inexistente	Irregular	Com buracos	Derrapante
Ponto de Ônibus da Av. Ten. Cel. Cardoso	Ausente	Ausente	Inexistente	Irregular	Sem buraco	Não derrapante

Fonte: SILVA (2006)

As informações expostas por SILVA (*op cit*), nos levaram a concluir que no processo de escolha do local para a implantação do Centro de Reabilitação, deve ser considerado com condição *sine qua nom* para o sucesso do centro, a análise detalhada das condições de acessibilidade, não só da edificação que o abrigará, mas das vias de acesso e do transporte para se chegar ao mesmo.

5 - PROJETOS SOCIAIS: UMA PROPOSTA DE COMBATE AO PRECONCEITO E EXCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Conforme Souza (2006), cada vez mais grupos e associações são formadas para lutar por direitos e questionar a sociedade e o papel marginalizado que muitos lhes atribuem.

Estima-se que há um número expressivo de pessoas com deficiências no mundo, cerca de 500 milhões, e que, no mínimo, 350 milhões destas pessoas vivem em regiões que não dispõem dos serviços necessários para ajudá-las a superar suas limitações.

A ativa participação dos Governos Federal, Estaduais e Municipais, bem como das empresas privadas e ONG's – Organizações Não-Governamentais é fundamental para o combate ao preconceito e à inclusão das pessoas com deficiência na sociedade.

O desafio de prevenir a exclusão e criar condições para a inclusão social das pessoas com deficiência é tarefa para toda a sociedade, envolvendo entidades, governos e empresas. Todos têm condições de contribuir para a melhoria da qualidade de vida de seu entorno social, agregando o que têm de melhor e com o objetivo de transformar a realidade daqueles que, sozinhos, muito pouco podem fazer.

Uma das formas de unir esforços e potencializar essa capacidade de transformação é a participação na implementação de projetos sociais focados em resultados e benefícios concretos, onde o trabalho em conjunto alavanca a sinergia e a troca de conhecimentos e experiências, promovendo o aprendizado mútuo, otimizando recursos e agregando valor a uma nova maneira de ver, entender e agir.

5.1 - A AVALIAÇÃO DOS PROJETOS SOCIAIS E A AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS REALIZADOS NESTE TRABALHO

Conforme Reis (1999), a avaliação de projetos ou programas sociais é um dos campos mais polêmicos na gestão social. A importância da avaliação tem crescido nos últimos anos, principalmente a partir da exigência feita por agências financiadoras para que organizações avaliem de forma mais sistemática a eficácia, a eficiência e a efetividade de seus projetos e programas. Esta crescente demanda por avaliações resulta ao menos de três movimentos:

- A redução no volume dos recursos destinados à área social, agravada por um crescente ceticismo dos financiadores em relação ao valor da ajuda destinada às organizações que atuam nos países em desenvolvimento;
- A crescente concorrência entre as organizações do terceiro setor, que dificulta a captação de recursos e cria pressões para uma maior profissionalização;
- O processo de democratização e o conseqüente aumento da participação social, que aliado à transparência, possibilita melhores condições de controle social dos gastos públicos.

Ainda que haja esta pressão crescente por parte dos financiadores para as organizações adotarem mecanismos e processos de avaliação, a maior parte das entidades ainda não utiliza os processos de avaliação como um meio estratégico para aperfeiçoar sua atuação social. O grande poder da avaliação de projetos reside no seu uso como um instrumento de gestão, o que pode contribuir para diferentes atividades da organização, entre as quais pode-se destacar:

- Compreender, verificar ou aumentar o impacto dos serviços e ações desenvolvidas pela organização;
- Aperfeiçoar os métodos empregados para aumentar a eficiência das ações e diminuir seus custos;
- Facilitar a gestão do projeto ou programa;
- Produzir informações que possam ser utilizadas junto à comunidade, financiadores e organismos públicos.

Qualquer que seja o tipo da avaliação que se pretenda adotar em um projeto (eficácia, eficiência, efetividade ou impacto) é indispensável que o mesmo tenha sido objeto de um processo de planejamento adequado, que explicita os recursos, metas e objetivos do projeto. Sem estas informações sistematizadas, dificilmente os esforços para a avaliação serão bem sucedidos.

Segundo Tenório (2000), a avaliação de um projeto comunitário deve ser vista como um processo educativo, onde o aprendizado torna-se uma solução para os problemas da comunidade e para os problemas daqueles que apóiam o projeto, pois só quem vivencia o problema é capaz de identificar de maneira precisa as suas necessidades, detendo, desta forma, o saber. Além disso, aqueles que apóiam o projeto detêm um saber técnico,

considerado não real, que necessita ser compartilhado com a comunidade, que é quem detém o saber real.

Pode-se chamar de avaliação todo ato de julgar, comparar algo com outra coisa ou com um padrão previamente estabelecido. A avaliação de projetos pode ser vista como um processo de interação social, onde a população beneficiada, agentes comunitários, financiadores, dentre outros, negociam os saberes.

O projeto é um meio usado para solucionar determinado problema, enquanto a avaliação do projeto é um meio usado para averiguar se a solução proposta será, está sendo ou foi suficiente, executando, assim, as etapas do processo de avaliação que ocorrem antes, durante e depois da execução do projeto. Sendo assim, a avaliação tem relação direta com o futuro (antes), com o presente (durante) e com o passado (depois), momentos que correspondem às etapas do processo de avaliação, considerando análise – o futuro, acompanhamento – o presente e avaliação final – o passado.

A primeira fase do processo de avaliação é a análise, onde se analisa o que acontecerá no futuro. A avaliação é realizada após a elaboração da redação do projeto, no momento em que as atividades são programadas para atender a uma necessidade da comunidade. Tal fase costuma ser realizada pelo apoiador ou financiador do projeto, podendo ser uma organização privada, governamental ou não governamental. A comunidade também deve fazer parte da avaliação, para que se tenha certeza da viabilidade do projeto planejado.

A segunda fase do processo de avaliação é o acompanhamento, onde acompanha-se o que está acontecendo no momento da execução do projeto – no presente, visando averiguar se as atividades programadas estão sendo implantadas conforme planejado. Tal fase deve ser realizada pelos responsáveis pela execução do projeto ou pela comunidade, de modo geral.

A terceira e última fase do processo de avaliação de projetos é a avaliação final, que ocorre após o término das atividades planejadas, ou seja, ao final do projeto, por meio de uma revisão do trabalho feito (passado). É nesta fase que a comunidade e os agentes financiadores do projeto poderão averiguar se o(s) objetivo(s) planejado(s) para solucionar o problema encontrado foi (foram) alcançado(s) ou não.

É relevante que, durante as etapas de análise e acompanhamento, sejam registrados os que possam permitir uma melhor avaliação final do projeto. Entretanto, executar um processo de avaliação não é tão simples, pois, muitas vezes, os interesses dos

envolvidos em determinado projeto são diferentes ou até contrários, o que dificulta uma avaliação mais objetiva.

Porém, se os objetivos e as metas do projeto forem claros e definidos de forma democrática, com a participação da comunidade, atendendo aos interesses da maioria, a tendência é a redução dos conflitos.

Neste trabalho, os resultados da avaliação foram apresentados em três etapas. A primeira delas refere-se a algumas informações quantitativas relacionadas ao perfil das pessoas com deficiência do aparelho locomotor a que o Projeto em questão visa atender.

A segunda etapa reúne informações e análises de natureza qualitativa e quantitativa referente ao processo de realização das vivências da equipe durante a elaboração deste Projeto.

Por fim, a terceira etapa apresenta informações e análises de natureza qualitativa e quantitativa referentes ao ponto de vista dos profissionais entrevistados, conforme explicitado no capítulo 3 deste trabalho.

Tal divisão deste momento do Projeto visa melhor compreensão, por parte da equipe, de forma mais profunda de alguns elementos do Projeto, de modo que possamos reunir aprendizagens que possam nos auxiliar na continuidade do Projeto. Esperamos que todos os interessados, principalmente os possíveis parceiros do Projeto possam, futuramente, discutir e enriquecer as análises aqui apresentadas.

5.2 - METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DOS PROJETOS SOCIAIS APLICADA À REABILITAÇÃO E TRATAMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nos últimos dez anos, as ONG's - Organizações Não-Governamentais assumiram grande parte das ações necessárias para a diminuição da exclusão social no Brasil. Embora não façam parte do Estado, tais organizações se revestem de caráter público, na medida em que se dedicam às causas e problemas sociais e em que, apesar de serem sociedades civis privadas, não têm lucro como seu principal objetivo, e sim, o atendimento das necessidades da sociedade. (TENÓRIO, 1998)

Existem atualmente cerca de 250 mil organizações não-governamentais atuando na área de projetos sociais no Brasil. Elas movimentam cifras que correspondem a 1,5% do PIB nacional, sendo a grande maioria de cunho filantrópico. Essas organizações são geridas por empreendedores sociais, que são indivíduos capazes de encontrar novos

produtos sociais e promover a distribuição de seus benefícios ao maior número de pessoas no menor prazo possível. Como uma empresa privada, os empreendimentos sociais têm um ciclo de vida próprio. (ASHOKA & MCKINSEY, 2001)

A identificação de um problema e a busca de suas possíveis soluções é a primeira fase desse ciclo. Testadas as soluções, inicia-se a fase de aprendizado, em que o empreendedor enfrentará uma série de dificuldades para conquistar seus primeiros resultados e a efetiva implantação de seu projeto com relação a financiamento, formação de equipe e desenvolvimento da metodologia.

5.2.1 - ELABORAÇÃO DA ÁRVORE DE PROBLEMAS E ÁRVORE DOS OBJETIVOS

Para a realização deste Projeto, alguns passos metodológicos foram seguidos. A intenção deste capítulo é descrevê-los de forma sucinta, a fim de que apenas os pontos estratégicos para compreensão do estudo sejam explicitados.

O primeiro passo foi à elaboração da Árvore de Problemas (figura 5), que nos direcionou para a elaboração de uma Árvore dos Objetivos (figura 6), motivando-nos, assim, à elaboração de todo este projeto.

Figura 2 – Árvore de Problemas

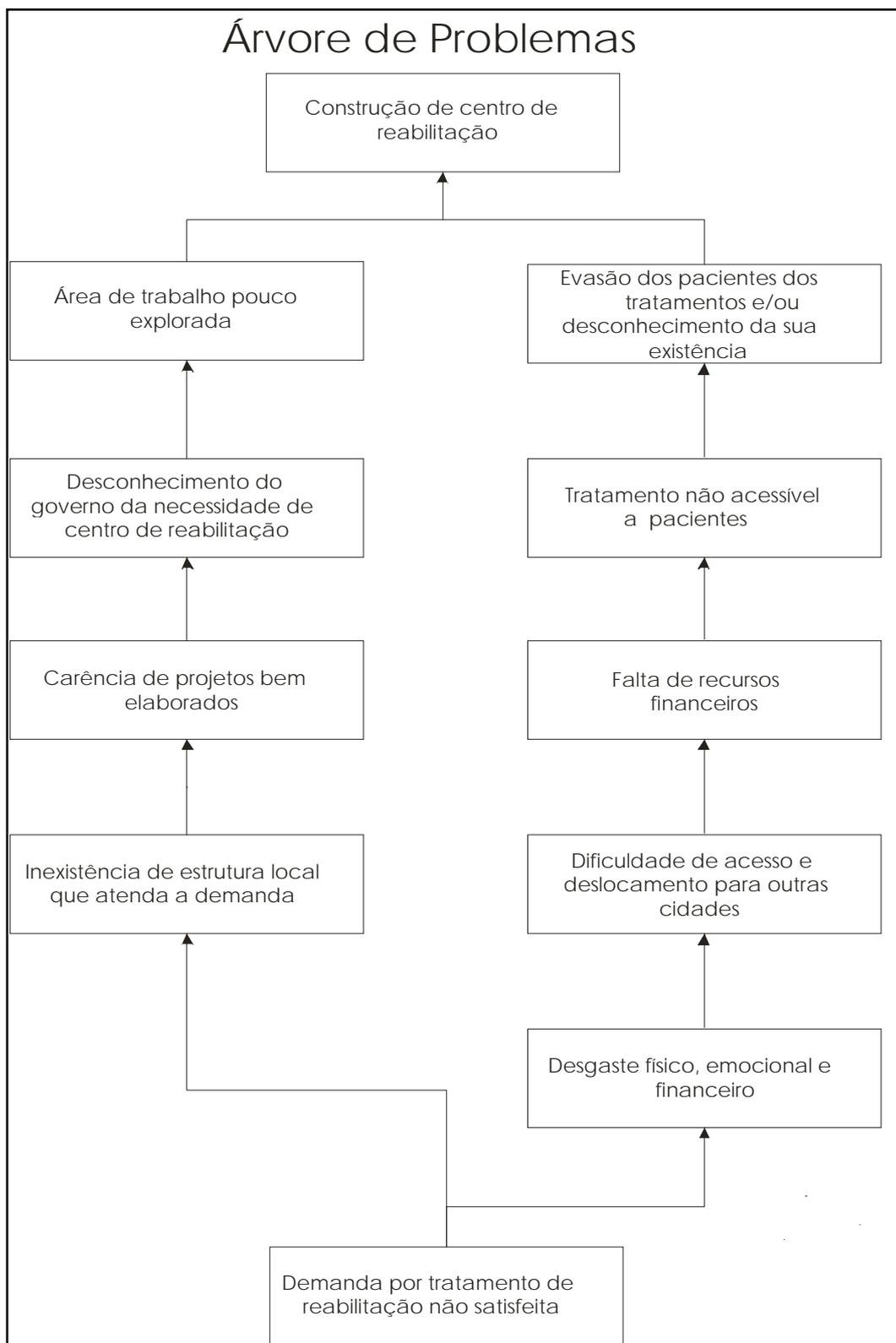
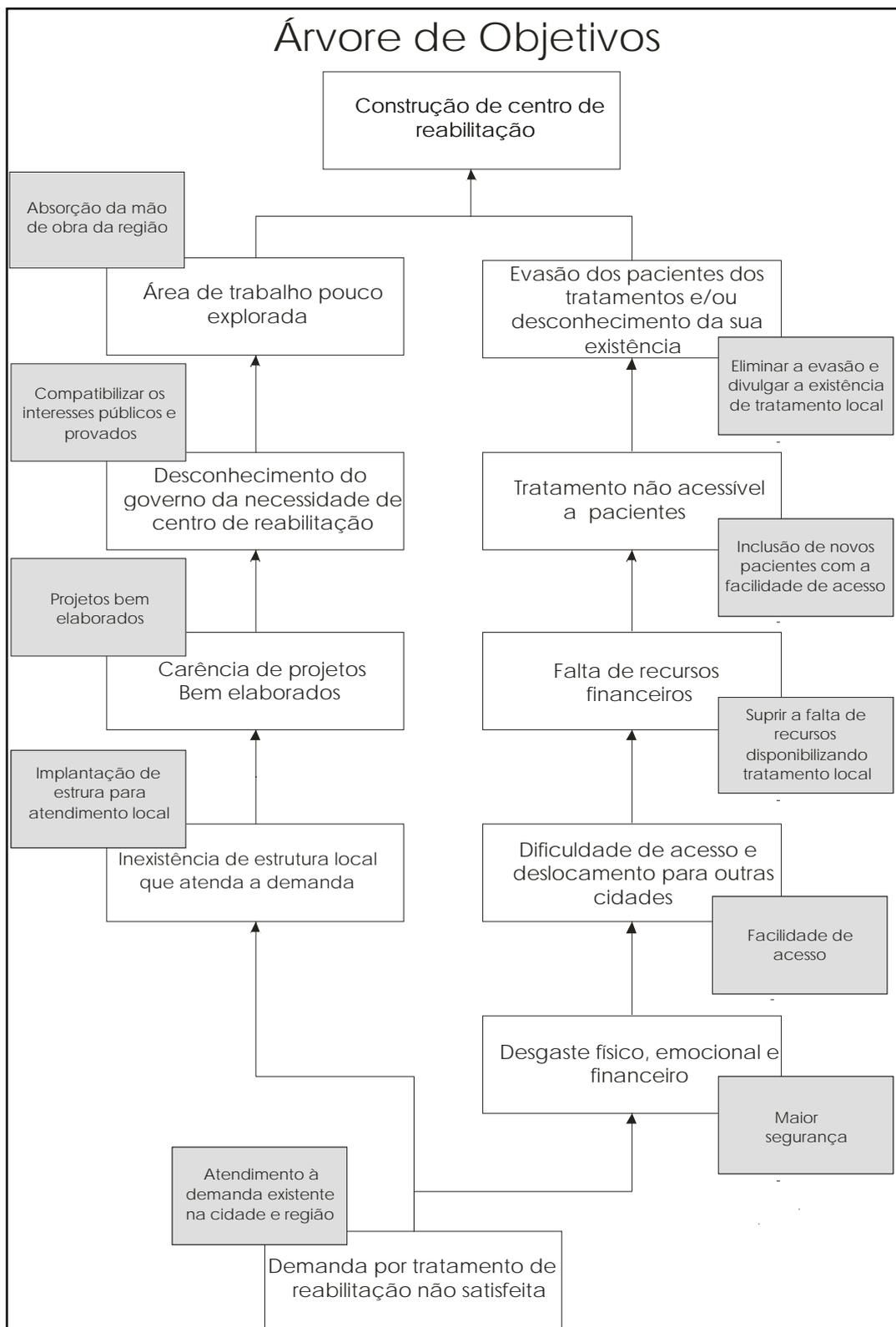


Figura 3 – Árvore de Objetivos



5.2.2 - A UTILIZAÇÃO DA MATRIZ DE SWOT

Foi elaborada a Matriz de *Swot*, um quadro com quatro quadrantes, incluindo os pontos fortes e fracos do Centro de Reabilitação, juntamente com as oportunidades e ameaças do setor, em cada uma das quatro caixas.

Utilizando a análise *Swot*, teremos uma orientação estratégica útil, onde grande parte dela é bom senso, aproveitando ao máximo as oportunidades que foram identificadas no mercado. Logo após, verificamos outros problemas e áreas, certificando-nos de abordar cada uma das etapas de nossa análise, conforme o quadro 6:

- Eliminamos os possíveis pontos fracos do Centro de Reabilitação, identificados em áreas nas quais o referido Centro enfrenta ameaças graves e tendências desfavoráveis em um ambiente dinâmico;
- Capitalizamos as oportunidades descobertas onde o Centro de reabilitação tem pontos fortes significativos;
- Corrigimos possíveis pontos fracos identificados em áreas que contêm oportunidades potenciais;
- Monitoramos as áreas nas quais foram identificados pontos fortes, para não sermos surpreendidos no futuro por possíveis riscos latentes.

Quadro 6 – Matriz de *Swot*

Forças	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de alta performance. • Equipamentos de alta tecnologia. • Instalações conforme NBR 9050. • Interação com instituições de pesquisas. • Autonomia administrativa e financeira. 	<ul style="list-style-type: none"> • Localização no município considerado com pólo de desenvolvimento e referência regional. • Inexistência de outros centros de reabilitação na região. • O município possui várias instituições de ensino superior que formam profissionais da área médica, em quantidade e qualidade suficientes para atender à demanda do Centro. • Dentre as instituições de ensino, há também as que desenvolvem pesquisas para a viabilização de novas tecnologias. • Segundo dados do IBGE, existem aproximadamente 60.000 pessoas com deficiência no município de Campos dos Goytacazes, fato que nos leva a um público alvo de 16.000 pacientes.

Quadro 6 (continuação) – Matriz de Swot	
Fraquezas	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Miopia dos profissionais da área médica, tendo em vista que os mesmos encontram dificuldades em tratar o paciente sobre uma visão holística, atendo-se a sua especialidade. • Corporativismo dos profissionais médicos, fato que dificulta uma avaliação eficaz do seu desempenho, por outros profissionais da área. Tornando imperioso o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação que possa ser aplicada por outros profissionais, como fator <i>sine qua nom</i> para manutenção da alta qualidade dos serviços prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças políticas. • Tempo de tratamento longo e difícil de determinar. • Concorrência de outros serviços de reabilitação. • Concorrência desleal, via promessas infundadas de resultados rápidos.
Fonte: Dados Primários	

Sabemos que a mudança é a única constante em qualquer negócio, ou setor. Mudança constante significa que a análise *Swot* não pode ser feita uma única vez. Por este motivo, é preciso rever a matriz regularmente à medida que o Centro de Reabilitação for desenvolvido e o ambiente à sua volta oferecer mudanças. Trata-se de uma ferramenta extremamente útil, que deve ser utilizada continuamente, com o objetivo de clarear o caminho a ser seguido e o que deve ser feito. Com a utilização da estratégia *Swot*, buscamos eliminar os pontos fracos em áreas onde existem riscos e fortalecer os pontos fortes em áreas onde se identificam oportunidades.

5.2.3 - O USO DO MARCO LÓGICO NA AVALIAÇÃO DO PROJETO

Conforme Reis (1999), um recurso útil para planejamento e gestão de projetos que facilita o processo de avaliação é compreendê-los a partir do chamado “marco lógico”, que é utilizado por grande parte das organizações financiadoras. O marco lógico é uma ferramenta para facilitar o processo de concepção, desenho, execução e avaliação de projetos e programas. O principal objetivo é oferecer uma estrutura lógica comum e possibilitar uma síntese das informações sobre os projetos. O método do Marco Lógico foi desenvolvido na década de 70 pela USAID para responder a três problemas comuns em projetos sociais:

- Os planos dos projetos careciam de precisão e continham múltiplos objetivos que não estavam relacionados com as atividades do projeto;

- Dificuldade de determinar o alcance da responsabilidade dos gestores no caso de insucesso de projetos;
- Pouca clareza sobre os resultados esperados do projeto, dificultando a possibilidade de comparação e avaliação.

A estrutura do marco lógico é uma matriz formada por quatro linhas e quatro colunas, que devem ser preenchidas levando-se em consideração a relação existente entre as diferentes dimensões do projeto, dentre as quais:

- Atividades desenvolvidas;
- Componentes/resultados das atividades, como serviços e produtos produzidos;
- Objetivos esperados do projeto;
- Impactos/finalidade a médio e longo prazo.

Para cada uma dessas dimensões do projeto é necessário definir quatro elementos:

- Uma descrição sucinta dos objetivos, ações ou resultados;
- Metas e indicadores de acompanhamento e avaliação;
- Meios de verificação dos indicadores/fontes de informação;
- Hipóteses/pressupostos sobre aspectos externos (fora do controle dos gestores) que devem ocorrer para que o projeto seja bem sucedido.

O preenchimento da matriz deve ser iniciado pela descrição das “atividades” até que se chegue à coluna “hipóteses”, que deve ser preenchida considerando-se as condições necessárias ao sucesso das atividades. Considerando que estas hipóteses possibilitem a realização das atividades, passa-se para a segunda linha, que trata dos componentes do projeto. A mesma lógica deve ser aplicada até que se chegue ao último nível, que trata do impacto que se espera alcançar com o projeto.

Desta forma, foi desenvolvida a Matriz do Marco Lógico conforme demonstrada no quadro 7.

Quadro 7 - Matriz do Marco Lógico

Descrição	Indicadores	Meios de verificação	Pressupostos
<p>Impactos:</p> <p>A finalidade deste Projeto é promover a reabilitação das pessoas com deficiências do aparelho locomotor, utilizando todos os recursos tecnológicos disponíveis, visando a utilização do potencial máximo de cada um.</p>	<p>Fortalecimento nas relações entre familiares e pacientes. Ampliação das perspectivas de vida dos pacientes. Tratamento dos pacientes, visando sua reabilitação, com a utilização de todos os recursos tecnológicos disponíveis, para que haja um aumento do uso do potencial dos mesmos.</p>	<p>Avaliação bimestral com os pacientes. Auto-avaliação bimestral dos profissionais. Avaliação semestral com as famílias dos pacientes. Avaliação com os parceiros (por amostragem).</p>	<p>Políticas públicas favoráveis. Relacionamento com os familiares dos pacientes. Intercâmbio com os parceiros.</p>
<p>Resultados:</p> <p>Como resultado qualitativo do Projeto, espera-se a disseminação de uma cultura de comprometimento entre os profissionais que atuam na área de ortopedia e neurologia, com reflexo na vida das pessoas com deficiência do aparelho locomotor, evidenciada pelo tratamento especializado a pacientes com deficiências neurológicas e ortopédicas, visando, não só o tratamento, mas também minimizar as dificuldades de integração à sociedade.</p>	<p>Todos os profissionais que atuarem no projeto devem apresentar comprometimento, de modo que possam refletir na vida das pessoas com deficiência do aparelho locomotor, objetivando integrá-los à sociedade, minimizando suas dificuldades e auxiliando-os a ampliar sua qualidade de vida.</p>	<p>Auto-avaliação semestral dos pacientes. Avaliação com o Centro de Reabilitação (por amostragem). Avaliação com o Centro de Reabilitação. Avaliação junto aos profissionais (Reunião de Setor). Avaliação junto aos pais dos pacientes ao final de cada dois meses (por amostragem).</p>	<p>Políticas públicas favoráveis. Recurso financeiro externo.</p>
<p>Resultados Imediatos:</p> <p>1- Habilidades e competências desenvolvidas. 2 - Família envolvida do processo. 3 - Equipe qualificada. 4 - Novos parceiros conquistados.</p>	<p>Indicadores de desempenho: – Competência para administrar conflitos. – 90% dos pacientes apresentando bom desempenho no tratamento oferecido pelo Centro de Reabilitação. 2.1 – Presença efetiva dos familiares nas reuniões e durante a realização do tratamento. 3.1 – Maior eficácia na resolução dos desafios cotidianos. 4.1 – Ampliação dos recursos físicos e humanos. 4.2 – Atuação dos parceiros no Centro de Reabilitação.</p>	<p>– Ficha de acompanhamento individual e avaliação com os profissionais. – Auto-avaliação bimestral com os pacientes 2.1 – Registros de participação dos pais nas atividades e/ou tratamento. 3.1 – Planejamento anual. 4.1 – registro de novas parcerias e aquisições. 4.2 – Registro de alta dos pacientes.</p>	<p>Recurso financeiro disponível.</p>

Quadro 7 (continuação) - Matriz do Marco Lógico			
Atividades:	Recursos Necessários:		
<p>– Atuação dos profissionais do centro de Reabilitação, visando recuperação dos pacientes.</p> <p>– Atividades culturais, desportivas, de formação humana e habilidades básicas.</p> <p>– Trabalho voluntários de alunos de universidades (estagiários) nas atividades do projeto.</p> <p>- Atividades sócio-culturais na unidade.</p> <p>2.1- Momentos formativos nas reuniões de pais e familiares dos pacientes.</p> <p>3.1 – Participação dos Profissionais em cursos e palestras.</p> <p>3.2 – Participação dos Profissionais em cursos e congressos promovidos pelo Centro de Reabilitação e seus parceiros.</p> <p>4.1 – Projetos de readequação do centro de Reabilitação, de atualização dos profissionais e de aquisição de equipamentos.</p>	<p>Recursos ordinários (anual) - R\$ 712.640,18</p> <p>Recursos Humanos – R\$ 464.200,81</p> <p>RH e de Apoio R\$ 106.981,38</p> <p>Material para trabalho sócio-educativo – R\$ 55.813,42</p> <p>Material de consumo, expediente, limpeza, higiene e transporte – R\$ 24.320,32</p> <p>Recursos Extraordinários – R\$ 65.185,00</p> <p>Capacitação Profissional – R\$ 5.000,00</p> <p>Aquisição de computadores para salas dos médicos, técnicos e administração – R\$ 50.185,00.</p> <p>Sala de <i>Telemarketing</i> – aquisição de equipamentos – R\$ 6.000,00.</p>		<p>Recurso financeiro disponível.</p>

Fonte: elaborado pelos autores

Com a utilização do marco lógico, é possível facilitar a sumarização dos elementos centrais do projeto, explicitando a lógica existente por trás do mesmo e mostrando algumas relações de causa-efeito entre atividades e resultados.

6 - CONCLUSÕES

A partir da análise dos dados, é possível observar que o Município de Campos dos Goytacazes carece de um sistema eficiente de atendimento às pessoas com deficiência, seja no que tange ao âmbito da saúde ou à oferta satisfatória de serviços de tratamento e reabilitação. Também cabe ressaltar que o município carece rever as questões referente aos aspectos mais sutis e menos evidentes, como as questões relacionadas ao direito indelével e constitucional de ir e vir que, neste trabalho, foi discutido sob o termo acessibilidade.

Também ainda de forma superficial, é possível vislumbrar que faltam ao município informações mais precisas a respeito da real demanda existente, ou seja, qual a fatia da população que pode ser classificada como pessoas com deficiência, tendo em vista que torna-se impossível, ou altamente ineficaz, o planejamento de ações públicas que visem atender a estes cidadãos, sem antes delinear de forma precisa as necessidades destes, tanto no aspecto quantitativo, quanto no qualitativo.

Outro ponto de importante destaque é o fato que a implementação de políticas públicas demandam um espaço temporal de longo prazo, tanto no processo de implantação, quanto na sua longevidade, ou seja, serviços públicos possuem por essência o caráter *ad eternum*. Assim sendo, é imprescindível que todo e qualquer projeto público seja capaz de prever de forma eficaz as demandas futuras, caso contrário, o projeto estaria fadado a não ser apto a atender as demandas, pouco tempo após sua implantação, já que há um largo lapso de tempo entre a aprovação do projeto e a implementação propriamente dita.

6.1 - PREVIÕES E ESPECULAÇÕES QUANTO A DEMANDAS FUTURAS

Um dos pontos críticos de um projeto é a sustentabilidade, que neste trabalho é vista principalmente sob o aspecto de manutenção da eficácia do serviço projetado. Desta forma, cabe vislumbrar, embora de forma mais especulativa que estatística (haja vista a baixa precisão dos dados disponíveis), que a demanda por serviços de tratamento e reabilitação no Município de Campos dos Goytacazes, deve crescer vertiginosamente em poucos anos, considerando alguns fatores sócio-econômicos em processo de morfogênese, tais como:

- Implantação de diversas novas indústrias nos limites do Município, que certamente atuaram como forte fator de imigração e do conseqüente crescimento populacional.

- Implantação de dois grandes empreendimentos na região, o Porto do Açú (Município de São João da Barra) e Estaleiro e Porto *Offshore* em Barra do Furado (Município de Quissamã), que atrairão uma grande concentração de trabalhadores durante a sua construção, aumentando temporariamente a população regional, encadeando demanda por serviços públicos.
- Eminência de Concurso Público no Município de Campos dos Goytacazes, que deve atrair também um grande número de pessoas para o município.

Nestas premissas, que são vistas em primeira instância apenas sob seus aspectos positivos, tais como: melhoria da renda *per capita*, aumento da oferta de emprego e outras benesses alardeadas pela mídia e políticos, também devem ser analisados os impactos negativos, como aumento do custo de vida, crescimento da violência, maior demanda por serviços públicos, entre outros. Desta forma, é possível concluir que o Município de Campos dos Goytacazes, bem como toda a região, passa por um momento ímpar e crucial, no qual o planejamento eficaz das políticas sociais determinará um futuro desejável e sustentável ou dantesco e insustentável.

6.2 - ASPECTOS CRUCIAIS PARA O SUCESSO E ALCANCE DO IDEAL DE EXCELÊNCIA DO PROJETO

Após a análise dos dados obtidos durante a elaboração deste trabalho e da observação crítica de alguns serviços de saúde especializados em tratamento e reabilitação, tanto públicos, quanto particulares, foi possível concluir que o *calcanhar de Aquiles*, para o alcance da otimização dos serviços, não é o que tange à qualificação dos profissionais de saúde, tendo em vista que, em geral, estes são bem capacitados e aptos a exercerem suas atividades satisfatoriamente. Assim sendo, a lacuna que separa o trabalho eficaz do insipiente, está na área da gestão dos serviços, onde cabe citar, para maior clareza, que as deficiências na oferta dos serviços, vão desde a simples administração das demandas por atendimento (marcação de consultas) até aspectos mais críticos com a gestão de insumos. Desta forma, consideramos como de suma importância a incorporação de conceitos de gestão, logística e engenharia de processos, como forma de criar meios de mensurar, monitorar e avaliar os serviços prestados a pacientes (clientes) em tempo real e, conforme

as demandas do momento. Sendo assim, entendemos que seja necessário que os serviços de saúde passem pela mesma transformação pelas quais as outras empresas estão passando, transladando, assim, do modelo administrativo mecanicista e estático para o modelo flexível e quântico, conforme demonstrado no quadro 8.

Quadro 8 – Modelo Mecanicista/Estático *versus* Modelo Flexível/Quântico

Estático/Mecanicista	Flexível/Quântico
Certeza	Incerteza
Previsibilidade	Mudanças rápidas
Hierarquia	Redes não-hierárquicas
Divisão do trabalho e fragmentação	Esforço integrado
O poder vem do centro o do topo	O poder vem de vários centros
Empregados passivos	Empregados sócios
Uma maneira correta	Vários pontos de vista
Competição	Cooperação
Controle burocrático	Estruturas flexíveis
Eficiência	Eficácia
Operação de cima para baixo	Operação de baixo para cima

Fonte: Elaborado pelos autores

6.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a grande contribuição obtida pela equipe durante a elaboração deste trabalho foi à clara e indelével percepção de que a elaboração de um projeto, ou seja, de uma seqüência lógica de atividades alicerçadas em informações precisas é condição *sine qua nom* para o sucesso de um pleito, seja ele de ordem pública ou privada.

E, principalmente em projetos públicos que envolvam impactos diretos à população, o fracasso dos projetos pode causar danos que transpassam o prejuízo ao erário público, impactando negativamente a população alvo, cabendo ainda ressaltar que no caso de serviços relativos a saúde, estes impactos podem se caracterizar como irreparáveis.

Desta forma ressaltamos que a maximização da eficácia e da racionalidade na elaboração de projetos públicos configura-se como condicionante para que nosso País tenha o futuro que tanto almejamos. Além disto, necessitamos de líderes capazes de entender, e tornar fato às palavras do maior líder de todos os tempos: “Quem quiser ser líder deve ser servidor. Se você quiser liderar, deve servir” (Jesus Cristo) *apud* (Hunter, 2004).

REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral de Administração**. 5ª ed., Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. **Administração de Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 2003.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

DUARTE, Cristiane Rose de Siqueira; COHEN, Regina. (coords.) **Acessibilidade para todos: Uma cartilha de orientação**. Núcleo Pró-Acesso, UFRJ/FAU/PROARQ, 2004.

HUNTER, James C. **O Monge e o Executivo, uma história sobre a essência da liderança**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Cidades@**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>. Acesso em 2 Abr. 2006.

NERI, Marcelo Cortes. **Diversidade: Retratos da Deficiência no Brasil**. Brasil, FGV, 2003 Disponível em: http://www.fgv.br/cps/deficiencia_br/index2.htm. Acesso em 2 Abr. 2006.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Resolução nº 37/52, de 03/12/1982**. Disponível em www.conselhos.sp.gov.br/ceappd-sp/legislacao/legislacaoppd.html. Acesso em 02 out. 2006.

PAVANI, Claudia. **Plano de Negócios, planejando o seu empreendimento**. Rio de Janeiro, 1997.

PMCG (Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes) **Campos dos Goytacazes: Perfil 2005**. Campos dos Goytacazes-RJ, 2006. Disponível em: <http://www.campos.rj.gov.br/Perfil-2005/Perfil%202005.pdf>. Acesso em 2 out. 2006.

PRADO, Darci. **Planejamento e controle de projeto**. Belo Horizonte, MG: Ed. Desenvolvimento Gerencial, 1998.

REIS, L. G. C. - **Avaliação de projetos como instrumento de gestão**, 1999. Disponível em <http://www.rits.org.br/gestaoteste/getestes/Getmesantnov99>. Cfm. Acesso em 24/10/2006.

SILVA, João Carlos Roberto Campaneli da. **Diagnóstico da Oferta de Acessibilidade para as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida no centro urbano da cidade de Campos dos Goytacazes**. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades) – Universidade Candido Mendes, Campos dos Goytacazes – RJ, 2006.

SOUZA, I. F. – **Como Inserir o Deficiente Físico no Mercado de Trabalho**, 2000. Disponível em [http:// www.artigos.com](http://www.artigos.com), acesso em 19/10/2006

SOUZA, M. ^a M.; MORAES, L. S. – **Gestão de Empreendimentos Sociais: O Caso da Sociedade Amigos do Coração**. Niterói – RJ, 2002. Disponível em [http:// www](http://www). Acesso em 19/10/2006

TCE-RJ (Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro). **Estudo socioeconômico 2004: Campos dos Goytacazes**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.tce.rj.gov.br/sitenovo/develop/estupesq/gc04/2003/camposdosgoytacazes.pdf>. Acesso em: 14 de set. 2006.

TEIXEIRA, Ângela; OLIVEIRA, Fátima. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Niterói, RJ, 2004. Disponível em: http://www.afr.org.br/relatorio_pesquisa.pdf. Acesso em: 2 abr. 2006.

TENÓRIO, G. et al – **Gestão de ONG's. Principais Funções Gerenciais**. Fundação Getúlio Vargas Editora, 2^a ed., RJ, 1998, 140p.

_____. **Avaliação de Projetos Comunitários: Uma abordagem prática**. Ed. Loyola, 2^a ed., São Paulo, 2000, 21p.

_____. **Avaliação de Projetos Comunitários**. São Paulo: Loyola, 2000.

WOILER, Samsão, MATHIAS, Washington Franco. **Projetos: planejamento, elaboração e análise**, São Paulo: Atlas, 1996.

ANEXO I



INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
CURSO DE MBA EM PROJETOS E GESTÃO PÚBLICA

O PRESENTE QUESTIONÁRIO SE REFERE À PESQUISA ACADÊMICA DO CURSO DE MBA EM PROJETOS E GESTÃO PÚBLICA PARA CONCLUSÃO DO TRABALHO ACADÊMICO CONFORME EXIGÊNCIAS DA DISCIPLINA METODOLOGIA DA PESQUISA, COM A FINALIDADE DE COLETAR INFORMAÇÕES SOBRE OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA DO APARELHO LOCOMOTOR PARA O PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO E TRATAMENTO DE DEFORMIDADES, TRAUMAS E DOENÇA DO APARELHO LOCOMOTOR NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, SENDO OPCIONAL A IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE DESTA.

Data: _____

1) Em que Bairro ou Distrito o paciente reside ou recebe tratamento?

- Bairros Centrais (Centro, Turf Club, IPS Flamboyant e adjacências)
- Baixada Campista (Goitacazes, Mineiros, Farol e adjacências)
- Guarus ou Bairros Próximos
- Travessão ou Distritos Próximos
- Ururaí ou Distritos Próximos

2) Qual a faixa etária do paciente?

- 0 a 5
- 5 a 10
- 10 a 15
- 15 a 20
- 20 a 25
- mais de 25

3) Qual o sexo do paciente?

- Masculino
- Feminino

4) O paciente já fez ou faz algum tipo de tratamento para o aparelho locomotor?

- Sim
- Não

5) Qual a esfera governamental da Instituição em que realiza ou já realizou o tratamento?

- Federal
- Estadual
 - Municipal
 - Privada

6) O paciente já iniciou algum tratamento e por dificuldades enfrentadas não conseguiu concluí-lo?

- Sim
- Não

7) O paciente participa ou já participou de movimentos sociais para os portadores de doenças do aparelho locomotor?

- Sim
- Não

8) Como o paciente considera o grau de experiência junto a Instituições que oferecem tratamento aos portadores de doenças do aparelho locomotor fora do Município de Campos dos Goytacazes?

- Diálogo com os gestores, trabalhadores e usuários
- Muito grande
- Grande
- Médio
- Pequeno
- Muito pequeno

9) Na sua opinião, qual(is) elemento(s) que facilita(m) a adesão ao tratamento?

- Metodologia ativas, como debates, rodas de conversa e diálogos com atores sociais
- Reuniões de avaliação
- Entrosamento dos pacientes
- Acolhimento do município
- Conversas informais

10) E, em relação ao(s) elemento(s) que dificulta(m), qual(is) você indicaria?

- Cansaço físico
- Falta de domínio de metodologia dos gestores
- Gestores fechados
- Tensões e falta de entrosamento dos pacientes

ANEXO II

Cronograma Financeiro					
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5
1. CUSTOS FIXOS					
1.1 Construção do Imóvel (1500 m2)	R\$ 375.000,00				
1.2 Conta de luz	R\$ 240.000,00				
1.3 Conta de Água	R\$ 250.000,00				
1.4 Conta de telefone	R\$ 2.000,00				
1.5 IPTU	-	-	-	-	-
Sub-total 1	R\$ 867.000,00				
2. PESSOAL					
2.1 Coordenação Geral (04)	R\$ 16.800,00				
2.2 Administração (06)	R\$ 25.200,00				
2.3 Auxiliar de Escritório (20)	R\$ 24.000,00				
2.4 Médicos (25/d)	R\$ 240.000,00				
2.5 Fisioterapeutas (25/d)	R\$ 140.000,00				
2.5 Enfermeiros (5/d)	R\$ 28.000,00				
2.6 Téc. de Enfermagem (10/d)	R\$ 16.000,00				
2.6 Apoio (30)	R\$ 18.000,00				
2.7 Encargos	R\$ 406.400,00				
Sub-total 2	R\$ 914.400,00				
3. MANUTENÇÃO					
3.1 Obras / Reparos	R\$ 22.500,00				
3.2 Assistência técnica	R\$ 22.500,00				
4. MATERIAL					
4.1 Material Escritório	R\$ 950,00				
4.2 Material Higiene/Limpeza	R\$ 5.000,00				
4.3 Material p/ pacientes	?	?	?	?	?
4.4 Uniformes	R\$ 3.562,50				
4.5 Equipamentos	R\$ 1.000.000,00				

ANEXO II

Sub-total 4	R\$	1.009.512,50								
5. TRANSPORTE										
5.1 Alcool (10-Carros)										
5.2 Gasolina (10-Motos)										
5.3 Diesel (50-Ambulâncias e 5-Utilitários)										
Sub-total 5										
6. ALIMENTAÇÃO										
6.1 Alimentação dentro da instituição	R\$	11.400,00								
Sub-total 6	R\$	11.400,00								
7. VIAGENS										
7.1 Passagem de Avião		?		?		?		?		?
7.2 Hospedagem		?		?		?		?		?
7.3 Alimentação		?		?		?		?		?
Sub-total 7		?		?		?		?		?
8. EVENTOS										
8.1 Equipamentos		?		?		?		?		?
8.2 Divulgação (fotos, impressos)		?		?		?		?		?
Sub-total 8		?		?		?		?		?
9. OUTROS GASTOS										
9.1		?		?		?		?		?
Sub-total 9		?		?		?		?		?
TOTAL GERAL	R\$	5.649.625,00								

OBS.:

- Os valores foram estimados com base na demanda de 250 atendimentos por dia. Sendo que a partir destas foram estimados o número de funcionários necessários, e o consumo de materiais, além da estrutura de transporte.
- O valor da construção foi estimado com base a consulta feita a profissional de Engenharia Civil.
- os valores em branco, são valores de difícil mensuração, salvo caso de projeto real.

ANEXO II

R\$ 1.009.512,50	R\$ 12.114.150,00						
R\$ 11.400,00	R\$ 136.800,00						
R\$ 11.400,00	R\$ 136.800,00						
?	?	?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?	?	?
R\$ 5.649.625,00	R\$ 67.795.500,00						

Orçamento Geral	
	Valor
Petrobras	R\$ 16.500.000,00
PMCG (contrapartida)	R\$ 51.295.500,00
Total	R\$ 67.795.500,00

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](#)