

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

DIOGO DE ALMEIDA LYRA

Consequências da extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência Fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no Município de Campos dos Goytacazes, RJ.

Rio de Janeiro

2011

DIOGO DE ALMEIDA LYRA

Consequências da extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência Fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no Município de Campos dos Goytacazes RJ.

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

Rio de Janeiro

2011

Lyra, Diogo de Almeida.

Consequências da extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência Fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no Município de Campos dos Goytacazes, RJ / Diogo de Almeida Lyra – Rio de Janeiro, 2011.

66 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

Bibliografia: f.

DIOGO DE ALMEIDA LYRA

Consequências da extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência Fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no Município de Campos dos Goytacazes RJ.

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

Aprovada em
BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Luis Guilherme Barboa
Universidade Estácio de Sá

Professor Dr. Adriana Aguiar
Universidade Estácio de Sá

Dr. Hélio Ricardo dos Santos
Centro Universitário de Caratinga

Agradecimentos

Ao Deus, pela força, garra, determinação e sabedoria que me deu nos momentos mais difíceis que passei em minha, me sustentou para que eu não desistisse e realizasse mais esta conquista em minha vida pessoal e profissional.

Aos meus pais, Carlos e Lucia pelo incentivo, apoio, compreensão, amor, ao meu irmão que sempre está ao meu lado me apoiando e me orientando, ao meu amigo Vinicius Teixeira por me ajudar em diversos momentos dessa longa estrada que é o mestrado, a Prof. Lara Luísa que não mediu esforços para me ajudar, essas pessoas foram e são fundamentais para eu conseguir chegar até aqui.

Ao meu orientador, Luis Guilherme Barbosa, que acreditou no meu potencial e logo me abraçou para iniciarmos projeto no curso de mestrado. Obrigada pelo confiança e, principalmente, pelo incentivo para que eu fizesse o curso e concluísse a dissertação.

A minha amiga Lícia que me ajudou muito na reta final para a conclusão da minha dissertação, a você o meu muito obrigado.

A todos os meus queridos companheiros de turma que sempre estiveram ao meu lado nos "sufocos" e conquistas, durante o cumprimento dos créditos.

A professora Adriana Aguiar pelos ensinamentos, paciência, incentivo e carinho.

A todos os Gestores das Unidades Hospitalares que abriram as portas para realização da pesquisa.

MUITO OBRIGADO!!!

"[...] A cada dia que vivo, mais me
convenço
de que o desperdício da vida está no
amor que não damos, nas forças que
não usamos, na prudência egoísta que
nada arrisca,
e que, esquivando-se do sofrimento,
perdemos também a felicidade[...]."

(Trecho do poema "Definitivo com tudo que é simples" de
Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

A extinção da Estratégia Saúde da Família no Município de Campos dos Goytacazes se deu por questões político-administrativas, deixando a população dependente da rede fixa de saúde do SUS. O estudo em questão objetivou analisar a demanda dos atendimentos Fisioterapêuticos e Médicos através do banco de dados dos três hospitais que presta assistência a rede pública de saúde do município de Campos dos Goytacazes- RJ. **Metodologia:** foi realizada uma pesquisa descritiva e quantitativa, utilizando banco de dados de três hospitais conveniados da rede de saúde do município de Campos dos Goytacazes – RJ. Foi comparado o número total de pacientes atendidos no serviço de Fisioterapia em três especialidades: Neurologia, Neuropediatria e Traumato-Ortopedia entre março de 2005 a março de 2008, quando havia ESF e abril de 2008 a abril de 2009 quando a ESF foi extinto, e de três especialidades médicas: Ginecologia, Geriatria e Traumato-Ortopedia no período de março de 2007 a março de 2008 com atuação da ESF e no período de abril de 2008 a abril de 2009, quando a ESF foi extinto. **Resultados:** Ocorreu aumento no decorrer dos anos de 2005 a 2009 na demanda por atendimentos fisioterapêuticos na rede, onde o Hospital Geral de Guarus foi o que mais aumentou sua demanda (19%). Com relação às especialidades Fisioterapêuticas analisadas, percebe-se que todas tiveram um acréscimo e a especialidade que mais aumentou demanda foi Traumato-Ortopedia (39,95%). Nas três especialidades médicas, percebe-se aumento nas três áreas estudadas e nos três hospitais, sendo que a Ginecologia foi à especialidade que mais aumentou sua demanda no Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar. **Conclusão:** Os resultados mostram que houve um aumento dos atendimentos na rede hospitalar estudada, nos anos subseqüentes à extinção da ESF no município de Campos dos Goytacazes, que podem estar associados à extinção da estratégia. Sem a oferta de serviços pela ESF, a população ficou apenas com a prestação de serviços da rede fixa de saúde. Além disso, a população teve o acesso restringido à promoção da saúde, a prevenção de doenças e aos atendimentos do nível de atenção básica. Neste estudo, os resultados encontrados podem levar os gestores do Município de Campos refletirem sobre como a falta da assistência básica à população, pode aumentar a demanda por serviços na rede hospitalar. A demanda estudada aqui, dos atendimentos fisioterapêuticos na rede hospitalar de assistência a saúde, leva a crer que é de caráter eminentemente reabilitador e curativo, o que caracteriza a assistência no nível secundário, não há nenhuma intervenção baseada nos princípios da atenção básica a saúde.

Palavras Chaves: Estratégia Saúde da Família, Fisioterapia, Saúde Pública.

ABSTRACT

The extinction of the Family Health Program in the Municipality of Goytacazes was characterized by political and administrative matters, leaving the population dependent on fixed network of the Brazilian Health System. The present study aimed to analyze the demand for physical therapy and doctors through the database of the three hospitals that assist public health in the municipality of Goytacazes-RJ. Methodology: This study was a descriptive and quantitative, using database of three hospitals under the health system of the municipality of Goytacazes - RJ. Compared the total number of patients attending the Physiotherapy service in three specialties: Neurology, Pediatric Neurology and Trauma and Orthopaedics between March 2005 and March 2008, when it had FHS and April 2008 to April 2009 when the ESF was extinguished, and three medical specialties: Obstetrics, Geriatrics and Trauma and Orthopaedics in the period from March 2007 to March 2008 with FHP teams and for the period April 2008 to April 2009, when the ESF was extinguished. Results: An increase in the years 2005 to 2009 the demand for physical therapy in the network, where the General Hospital Guarus was the highest increase in its demand (19%). With respect to physical therapy specialties examined, one realizes that all had increased and that increased demand specialty was Traumatology and Orthopedics (39.95%). In the three medical specialties, we see an increase in the three areas studied and in three hospitals, Gynecology specialty was the highest increase in its demand at the Hospital of the Sugar Cane Growers. Conclusion: The results show that there was an increase in visits to the hospital system studied in the years following the termination of the ESF in the municipality of Campos dos Goytacazes, which may be associated with the extinction of the strategy. Without the provision of services by the ESF, the population was only with the provision of services for fixed line health. In addition, the population had restricted access to health promotion, disease prevention and care of the level of basic care. In this study, the results may lead managers of the municipality of Campos reflect on the lack of basic assistance to the population, may increase the demand for hospital services on the network. Demand studied here, the network of physical therapy, hospital health care, suggests that it is eminently rehabilitation and healing, which characterizes the assistance at the secondary level, there is no intervention based on the principles of primary health.

Keywords: Family Health Strategy, Physiotherapy, Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACS- Agente Comunitário de Saúde
ALERJ- Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro
APS- Atenção Primária em Saúde
CNS- Conselho Nacional de Saúde
COFFITO- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASEMS- Comissão Nacional de Secretárias Municipais de Saúde
CONASS- Comissão Nacional de Secretárias Estaduais de Saúde
ESF- Estratégia Saúde da Família
FAJ- Faculdade de Jaguariúna
HGG- Hospital Geral de Guarus
HPC- Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar
HP- Hospital Pró Clínicas
HSL/PUCRS- Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INBESPS- Instituto do Bem Estar Social e Promoção a Saúde Inbesps
MPF- Ministério Público Federal
MS- Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOBS – Normas de Operação Básica
NSI- Núcleo de Saúde Integral
OMS- Organização Mundial de Saúde
PACS- Programa Agentes Comunitário de Saúde
PAD- Programa de Atendimento Domiciliar PAD
PMF- Programa Médico da Família
PSF- Programa Saúde da Família
SEST / SENAT- Serviço social do Transporte e o Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SUS- Sistema Único de Saúde
TJ- Tribunal de Justiça
UBS- Unidade Básica de Saúde

UFP- Universidade Federal Paraíba

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Variação (%) dos atendimentos na especialidade de Fisioterapia Neurológica na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2005 a 2009.....	45
Figura 02: Variação (%) dos atendimentos na especialidade de Fisioterapia Neuropediátrica na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2005 a 2009.....	46
Figura 03: Variação (%) dos atendimentos na especialidade de Fisioterapia Traumatologia na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2005 a 2009.....	47
Figura 04: Variação (%) dos atendimentos na especialidade médica de Ginecologia na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes- RJ no período de 2007 a 2009	49
Figura 05: Variação (%) dos atendimentos na especialidade médica de Geriatria na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2007 a 2009.....	49
Figura 06: Variação (%) dos atendimentos na especialidade médica de Traumatologia na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2007 a 2009.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Número total de atendimentos fisioterapêuticos na rede hospitalar no período de 2005 a 2009.....	43
Tabela 02: Número de atendimentos fisioterapêuticos na rede hospitalar por especialidades no período de 2005 a 2009.....	44
Tabela 3: Número de atendimentos Médicos na rede hospitalar por Especialidades no período de 2007 a 2009.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 A FISIOTERAPIA	16
2.1 ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA - NÍVEL PRIMÁRIO.....	18
2.2 ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NÍVEL SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO.....	24
3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE.....	25
3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	25
3.2 EXPERIÊNCIA DA FISIOTERAPIA NA ESF EM ALGUNS MUNICÍPIOS BRASILEIROS.....	31
4 NUCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).....	33
5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES- RJ	34
5.1 O MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ.....	34
5.2 A CRIAÇÃO E EXTINÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ.....	35
6. OBJETIVOS DO ESTUDO	38
6.1 OBJETIVO GERAL.....	38
6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	38
7 METODOLOGIA	39
8 RESULTADOS	42
9 DISCUSSÃO	50
10 CONCLUSÃO.....	55
11 REFERÊNCIAS.....	57
ANEXOS	66
AUTORIZAÇÃO PARA COMITÊ DE ÉTICA	66

1 INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é a ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas ou por doenças adquiridas. Seu objeto de estudo é o movimento humano, em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgãos, sistema ou função (COFFITO – 80, 1987).

Os avanços das políticas de saúde para o enfrentamento da nossa realidade sanitária fizeram com que o profissional Fisioterapeuta passasse a incluir como prioridades a prevenção de doenças e a promoção da saúde, ampliando objetivos e as ações do profissional Fisioterapeuta em suas áreas de atuação, seja em ambulatório ou até mesmo em programas de assistência à comunidade (REZENDE et. al., 2009).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Coffito (1978), prevê na Resolução nº 10 do Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta ocupacional, em seu artigo 1º explicitam ser função do Fisioterapeuta assistir a espécie humana, participando de atividades que objetivem a promoção, o tratamento e a recuperação de sua saúde. O artigo 21º permite ao Fisioterapeuta a participação em programas de assistência à comunidade, em âmbito nacional e internacional.

O fisioterapeuta, por sua vez, é um profissional da área da saúde, regulamentado, protegido por decreto lei que outorga seus direitos, entre outros, o de atuar nos níveis de assistência à saúde, e, ainda, como dever, na promoção da saúde do ser humano.

A inserção do Fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, tradicionalmente associado às atividades voltadas para a Reabilitação. Essa conceitualização, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de Fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção primária (RIBEIRO, 2002).

O Fisioterapeuta pode desenvolver suas atividades nos três níveis de atenção à saúde, principalmente na equipe interdisciplinar. Segundo Barros (2002), experiências em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da Fisioterapia

no Programa de Saúde da Família (PSF), enriquece e desenvolvem, ainda mais, os cuidados à saúde da população.

O PSF, criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, visou incluir a população marginalizada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e tornou-se a porta de entrada do sistema, ampliando o acesso e a cobertura, no nível primário articulado aos demais níveis de complexidade, mudando, para alcançar estes objetivos, a prática hegemônica de assistência à saúde.

Em conformidade com o princípio da Integralidade, o atendimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) deveria em situações específicas, realizar o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade, constituindo assim uma continuidade previsível. A responsabilidade do acompanhamento dos indivíduos deveria ser mantida em todo o processo de referência e contra-referência (BRASIL, 1997).

Segundo Serra (2003), para que haja continuidade de atenção à saúde, os serviços de saúde devem ser acessíveis, facilitando o seu pleno aproveitamento, a referência deve ser um processo bidirecional, e os pacientes não devem permanecer numa instituição além do tempo necessário. Assim, o sistema de saúde deveria se constituir de uma rede de serviços com referência e contra-referência determinadas, assegurando a integralidade da assistência nos casos de maior complexidade, conformando um sistema integrado, resultante da ordenação das unidades em função do grau de complexidade das práticas e da tecnologia de cada uma, da capacitação de pessoal e da política de recursos humanos.

Em 01/02/1999, o município de Campos dos Goytacazes iniciou a ESF, com 33 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, sendo 52.304 famílias inscritas e 196.970 cidadãos assistidos. Devido às diversas irregularidades administrativas ocorridas no município, as quais relatavam diversas improbidades administrativas, o PSF foi extinto no município em 2008 (ANDRADE, 2008).

Este estudo tem por objetivos analisar as conseqüências da extinção da ESF no Município de Campos dos Goytacazes, RJ, quanto ao número de pacientes atendidos do serviço de Fisioterapia e de três especialidades médicas afins do PSF, Ginecologia, Geriatria e Traumatologia-Ortopedia e traçar o perfil da especialidade fisioterapêutica atendida na rede de saúde antes e depois da extinção do PSF em Campos dos Goytacazes, RJ.

Este é um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, de análise de banco de dados com a finalidade exploratória. Os dados serão levantados a partir do registro do banco de dados do Sistema de Informação de marcação de consultas dos hospitais que prestam atendimento público em Campos dos Goytacazes-RJ, sendo estes: Hospital Pró Clínicas sistema Hi Doctor, Hospital Geral de Guarus e Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar sistema MV2000 Gestão.

A Interrupção da ESF pode aumentar a demanda por atendimentos de Fisioterapia, Ginecologia, Geriatria e de Traumatologia-Ortopedia nos hospitais, conveniados com a Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, pois dados oficiais estimam que estando funcionando de forma adequada, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da ESF são capazes de resolver 85% (estimativa idealista, sem levar em consideração a qualidade da assistência e as verdadeiras necessidades das comunidades em questão) dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (JÚNIOR, 2003).

É importante ressaltar que a relevância deste estudo está na contribuição que poderá dar ao município através dos resultados para a criação de Estratégias de Saúde Pública mais adequada para as especialidades estudadas e confirmar que a ESF é fundamental para a reorganização da rede de saúde do município de Campos dos Goytacazes, RJ.

2 A FISIOTERAPIA

A Fisioterapia surgiu a partir da Segunda Guerra Mundial caracterizando-se como uma profissão da área de saúde vinculada à recuperação e reabilitação de pacientes com seqüelas da guerra e visou por muito tempo o atendimento de pessoas já acometidas de alguma enfermidade, atuando de forma individual. A profissão Fisioterapeuta iniciou-se como uma especialidade paramédica com o propósito de reabilitar e preparar pessoas fisicamente lesadas das grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças oriundas das condições sanitárias precárias para o retorno da vida produtiva (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999), (REZENDE, 2009).

No Brasil, a Fisioterapia foi regulamentada como profissão de nível superior em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº. 938, que, seu art. 3º, estabeleceu que fosse atividade privativa do Fisioterapeuta executar métodos e técnicas Fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (BRASIL, 1996).

O uso do termo paciente indica uma proposta de atuação voltada para o indivíduo doente e, portanto, já em fase de tratamento (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999). É coerente com o pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, que faz com que a saúde seja entendida ou representada como ausência de doença e a organização dos serviços medicamente definidas (MENDES, 1996).

Na década de setenta, surgiram no cenário mundial, novos conceitos de saúde e novas concepções do processo saúde-doença mais vinculadas à qualidade de vida de uma população e que procuravam articular, como dimensões explicativas, a biologia humana, os estilos de vida, o ambiente e serviços de saúde. A publicação do documento *A new perspective on the health of Canadians*, em 1974, por Marc Lalonde, marca o início do moderno movimento da promoção da saúde e apresenta a perspectiva história social das doenças.

A partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS), passou a ser defendida como estratégia para se alcançar a meta Saúde para Todos, inicialmente proposto com o ano 2000 como prazo limite, posteriormente estendido para o século XXI. De acordo com a proposta, governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial deveriam unir esforços para que todos

os povos do mundo atingissem um nível de saúde que lhes permitissem levar uma vida social e economicamente produtiva.

No Brasil, acompanhando esse movimento, intensificaram-se as críticas ao modelo vigente, centrado na assistência médico-hospitalar, resultando na implantação, por intermédio da reforma do ensino médio e da saúde pública, da proposta da medicina preventiva (SABROZA, 2004).

Em 1975, com a criação do Coffito pela Lei nº 6.316, iniciou-se o processo de regulamentação da profissão de Fisioterapia. Tendo o Conselho, como uma de suas incumbências, exercerem função normativa, emitiu, em fevereiro de 1978, a Resolução Coffito nº 08, aprovando as normas para habilitação ao exercício da profissão de Fisioterapeuta que, refletindo o movimento de saúde então vigente, definiu como atos desses profissionais, planejarem, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas Fisioterapêuticas que visem a saúde nos níveis de prevenção, primária, secundária e terciária (BRASIL, 1978).

O Decreto-Lei nº. 938/69, a Resolução Coffito nº 08/78 ampliou consideravelmente o campo da atuação do Fisioterapeuta, tanto em relação aos níveis de assistência, (prevenção primária, secundária e terciária) quanto ao foco da atenção, passando a apreender a saúde do indivíduo como um todo e não mais apenas no que diz respeito a sua capacidade física (BRASIL, 1978).

No Brasil, na segunda metade do século passado surgiram os primeiros serviços de reabilitação que se estabeleceram em alguns hospitais gerais e psiquiátricos, seguidos das entidades beneficentes para os deficientes e dos programas de reabilitação profissional efetivados em alguns institutos da Previdência Social. Estes programas foram adotados sem que houvesse uma explicação baseada na demanda interna, mas sim pela dependência econômica tecnológica aos países centrais (SOARES, 1991).

A reabilitação pode ser entendida como um conjunto de técnicas visando à recuperação de faculdades físicas ou psíquicas de pacientes incapacitados e ou do conjunto de ações a serem desenvolvidas após a fase de socorro a um desastre, durante o período assistencial. Tem por finalidade a restauração inicial da região afetada, para permitir o retorno dos acidentados às suas residências (MINISTÉRIO DA AÇÃO SOCIAL, 1992).

Apesar de o Fisioterapeuta ser visto como o “profissional da Reabilitação”, ou seja, aquele que atua exclusivamente no momento em que a doença, a lesão ou a

disfunção já esta estabelecida, o Fisioterapeuta é um membro da equipe de saúde com sólida formação científica, que pode desenvolver ações de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação, usando nessas ações programas de orientações e promoção à saúde (DELIBERATO, 2002).

Ceccato et al (1992), dizem que na Fisioterapia o problema de falta de clareza sobre o objeto de trabalho induz a indefinição do campo de atuação do profissional, associado tradicionalmente ao tratamento da doença e suas seqüelas. Este problema se reflete no perfil acadêmico do Fisioterapeuta, onde muitos docentes estão voltados apenas para o processo de reabilitação.

A capacitação do profissional para a ação preventiva e educativa é de extrema importância para a comunidade em que atua, contribuindo para a melhora da qualidade de vida. Uma das principais dificuldades encontradas com respeito à inserção do Fisioterapeuta, não apenas na ESF, mas na saúde pública, diz respeito à formação inicial e a história da profissão, que apresentava um caráter reabilitador, com atuação na atenção terciária, enraizada devido à grande demanda inicial por reabilitação, inerente a história da criação do curso (RAGASSON, 2003).

2.1 ATUACAO DO FISIOTERAPEUTA NA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA – NÍVEL PRIMÁRIO.

O nível primário de prevenção ocorre quando o indivíduo se encontra em um estado de saúde ótima, quando o organismo está em equilíbrio, estabelecendo ações que o mantenham nessa situação. Esse nível engloba dois grupos de ações que o caracterizam: 1) promoção da saúde, que inclui educação sanitária, nutrição adequada, condições adequadas de trabalho, acesso a lazer e recreação, habitação adequada, educação sexual, exames periódicos, campanhas de orientação sobre temas específicos, etc. 2) proteção específica, é exemplificada pela aplicação de flúor dentário, pelo uso específico de equipamentos de proteção individual na indústria, pela aplicação de vacinas, dentre outros (ROUQUAYROL, 2003).

O SUS tem apresentado resultados positivos nos propósitos de universalização, descentralização e ampliação de cobertura dos serviços de saúde. Avança com mais dificuldade na garantia da qualidade, equidade e na resolutividade da assistência ambulatorial e hospitalar, principalmente, pela falta de profissionais habilitados a prestar assistência integral de saúde (BADUY e OLIVEIRA, 2001). Para

alcançar os objetivos propostos, torna-se necessário o incentivo à educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde integrando todos os membros envolvidos no processo.

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado, principalmente a criação da profissão, rotulando o fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas seqüelas. Essa lógica de conceitualização, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção primária (RIBEIRO, 2002).

Um documento (além das diretrizes curriculares), cujo conteúdo parece ir além da concepção de uma assistência em nível curativo ou reabilitador, é o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta, que apresenta além dos termos relacionados à recuperação também a promoção da saúde do indivíduo, bem como a participação em programas de assistência à comunidade. Para desenvolver atividades deste nível, os profissionais devem estar bem preparados e informados sobre políticas de saúde e particularmente sobre o SUS (CREFITO 5, 1997).

A Fisioterapia apresenta uma missão primordial, de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios terapêuticos que atuam na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos e na promoção e educação em saúde. Podemos resumir as atribuições do Fisioterapeuta na ESF e da atenção primária, como um profissional voltado para a educação, prevenção e assistência Fisioterapêutica coletiva e individual, inserido e trabalhando de forma interdisciplinar (RAGASSON, 2003). O Fisioterapeuta pode desenvolver suas atividades nos três níveis de atenção à saúde, principalmente na equipe interdisciplinar, pois segundo Barros (2002), experiências em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da Fisioterapia na ESF enriquece e desenvolve, ainda mais, os cuidados e saúde da população.

O profissional de Fisioterapia quando inserido na equipe básica de saúde de família pode desenvolver ações individuais ou em grupo, realizadas na própria unidade de saúde, no domicílio, praças, escolas, instituições religiosas e áreas de lazer. O mais importante exemplo de ação individual é o atendimento domiciliar, que pode beneficiar aqueles que não têm condições de deslocamento, na maioria com doenças e seqüelas de ordem neurológicas, podendo ser visitas de orientação e/ou

de atendimento de acordo com a avaliação Fisioterapêutica. Também podem ser organizados diversos grupos como, por exemplo: caminhada para minimizar riscos cardiovasculares, de atendimento aos distúrbios da coluna vertebral, de exercícios de alongamento para idosos e trabalhadores prevenindo lesões por esforço repetido e doenças osteomioarticulares relacionados ao trabalho, de gestante promovendo atividades indicadas para prevenção de lombalgias e adaptações inerentes da gestação (AVÓLIO, 2007).

No estudo de Brasil (2005), realizado com os Fisioterapeutas da ESF de Sobral-CE observou-se que 67% das atividades realizadas por eles estão relacionadas à promoção a saúde, prevenção de doenças ou estão sendo realizadas de maneiras coletivas; enquanto que 24% estão relacionadas ao modelo individual e curativo. Isto nos mostra que o Fisioterapeuta está realizando um quantitativo maior de ações coletivas e promotoras de saúde, que são as prioridades da ESF.

Neste novo modelo de assistência a saúde, o Fisioterapeuta passa a contribuir para uma melhoria nas ações de atenção a saúde nos diferentes níveis de complexidade. Procuram aperfeiçoar, principalmente, o acesso e a integralidade definidos pelo SUS, as demandas básicas atendidas pelas UBS. Apesar do pouco tempo de atuação do Fisioterapeuta na ESF, o resultado tem se mostrado bastante promissor, pois revela uma mudança paradigmática na atuação deste profissional, que antes desempenhava suas ações principalmente no campo da reabilitação, e que agora passa a intervir significativamente na prevenção de doenças e na promoção da saúde (VERÁS 2002).

Em Jaguariúna, São Paulo, alunos e professores do curso de Fisioterapia da Faculdade de Jaguariúna (FAJ) criaram um projeto denominado “Fisio Agita”, na área de Fisioterapia preventiva, envolvendo exercícios físicos e palestras sobre a prevenção de doenças como hipertensão arterial sistêmica, osteoporose, diabetes e apresentações sobre a atuação da Fisioterapia nestas enfermidades. Além da informação teórica, foram realizados exercícios e atividades com os participantes, com o intuito de incentivar a prática de atividade física e orientar sobre os efeitos preventivos da Fisioterapia na manutenção da saúde da população (WESTIN, 2007).

Em um bairro da periferia na cidade de Foz do Iguaçu, PR existe também um programa denominado “Caminhada da Saúde” que tem como objetivo a prevenção e melhoria da qualidade de vida da população. O programa é coordenado pelo Fisioterapeuta da Unidade de Saúde e conta com o apoio de outros profissionais.

Alguns resultados esperados e observados foram: a normalização dos níveis pressóricos (principalmente dos hipertensos), melhoria da qualidade de vida, do condicionamento físico e mental, facilidade do acesso às informações em saúde, diminuição na busca pelos serviços de saúde e maior adesão da comunidade a prática de atividades físicas (ROCHA, 2004).

Em outro estudo realizado por Verás (2005), na ESF de Sobral - CE, segundo a população estudada, após a inserção da Fisioterapia na ESF houve dentre outras, uma melhora de 38% dos usuários na capacidade de realizar movimentos e 26% afirmou ter havido redução na intensidade da dor.

Segundo Ragasson (2003), é notória a importância da Fisioterapia e sua inserção na atenção básica devido à grande demanda de pessoas que precisam do serviço, porém vencem todas as dificuldades e vão para o Centro Municipal de Reabilitação onde muitas vezes não se tem vaga ou ficam aguardando numa lista de espera.

A atuação do Fisioterapeuta na atenção básica a saúde torna-se importante devido ao aumento do número de pessoas que necessitam do serviço, mas que são impossibilitadas pelos limites físicos que muitas patologias trazem como também os limites arquitetônicos encontrados nas comunidades. Além disso, há as condições sócio-econômicas, que em sua maioria são precárias até mesmo para gastos com transportes (ARRUDA, 2009).

O acelerado ritmo do crescimento da população idosa é um fato que vem acontecendo no mundo inteiro, inclusive no Brasil e em outros países latino-americanos (FIEDLER, 2004). Entre as causas desse aumento esta o declínio da natalidade e da mortalidade. No Brasil as pessoas com 60 anos ou mais representavam cerca de 5% da população geral em 1940. Em 2025 espera-se que esse número chegue a 14% (LOTH e BERTOLINE, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o processo de envelhecimento no Brasil é um dos mais rápidos do mundo, em 2025 existirão cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, o que corresponde a 14% da população geral, sendo que idosos com 80 ou mais anos constituem o grupo etário de maior crescimento. Embora isso seja inferior à média estimada dos países europeus para 2025, onde a população idosa corresponderá a 25% da população geral, tal cenário trará para o Brasil os mesmos problemas com os serviços de

saúde que atualmente são enfrentados na Europa sem grande sucesso (AMORIM et al., 2002).

O envelhecimento é um processo que provoca alterações em vários sistemas e desgastes que ocorre de forma progressiva e irreversível (ROBBINS et al., 2001). O momento em que essas alterações ocorrem, quando são percebidas e como evoluem, diferencia-se de um indivíduo para o outro (NARANJO et al., 2001). Em idades mais avançadas, a senescência é acompanhada por uma série de alterações nos sistema nervoso, sensorial e no aparelho locomotor o que se traduz por uma diminuição do número de neurônios, diminuição da velocidade de condução nervosa, diminuição do tempo de reação, diminuição da acuidade visual e auditiva, da sensibilidade tátil, da massa óssea, aumento da rigidez articular e em consequência, uma diminuição da amplitude de movimento articular, diminuição da força muscular, alterações de equilíbrio, na postura e na marcha e déficit proprioceptivo, o que deixa o idoso mais suscetível às quedas (PAULA et al., 2006).

As quedas são eventos freqüentes e limitantes, sendo considerado um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e de declínio na saúde do idoso. O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, o que coloca essa síndrome geriátrica como um dos grandes problemas de saúde pública devido ao aumento expressivo do número de idosos na população e a sua maior longevidade, competindo por recursos já escassos e aumentando a demanda por cuidados de longa duração (PERRACINI e RAMOS, 2002).

Evitar o evento queda é considerado hoje uma conduta de boa prática geriátrica, gerontológico e fisioterapêutica, tanto em hospitais quanto em instituições de longa permanência, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de serviço para idosos. Além disso, constitui-se em política pública indispensável, não só porque afeta de maneira desastrosa a vida do idoso e de suas famílias, como também drena montantes expressivos de recursos econômicos no tratamento de suas consequências, como a fratura de quadril (RUBENESTEIN et al., 2001).

As estimativas sugerem que cerca de 25% dos idosos admitidos em hospitais devido à fratura de quadril morrem dentro de um ano. Além da alta mortalidade, as quedas apresentam também alta morbidade, representada pelas seqüelas das lesões ou fraturas delas decorrentes, ou mesmo pelo medo de cair

novamente que normalmente se torna um grave limitante funcional levando o indivíduo idoso aos diferentes níveis de dependência (MITSUICHI et al., 2005).

A Fisioterapia pode junto à equipe de Saúde da Família atuar de forma a realizar atendimentos domiciliares nestes pacientes portadores de enfermidades, acamados ou impossibilitados, e desenvolver atividades para que os pacientes consigam realizar suas atividades de vida diária de forma independente, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo complicações (FERREIRA, 2005).

O atendimento Fisioterapêutico domiciliar proporciona um melhor relacionamento com o paciente e a família, além de permitir ao profissional um melhor conhecimento acerca das condições sócio-econômicas-sanitárias da família (MORAES, 2001), e a partir daí proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso (RAGASSON, 2007).

Em um estudo realizado por Avólio, (2007), revelou que os profissionais de saúde da ESF, consideram importante a participação do Fisioterapeuta e seus recursos como mais um elemento de ação para a qualidade de vida da comunidade. Constatou-se que muitos dos profissionais da ESF, necessitam de informação de ordem fisioterapêutica, e orientar o paciente e seus familiares é um dos principais papéis do Fisioterapeuta na ESF, conforme (ANDRADE, 2004).

Destaca-se ainda a importância da atuação do Fisioterapeuta como agente de saúde, a exemplo do nordeste Brasileiro, no município de Quixadá e Sobral, no estado do Ceará (MENEZES, 2001). Igualmente marcante ocorre no estado de Minas Gerais, com o programa internato rural com a mesma preocupação social a exemplos como os de Campos dos Goytacazes, Macaé, Paracambi, no estado do Rio de Janeiro (FELICIO, 2005).

2.2 ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NÍVEL SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO

O nível secundário de prevenção pode ser caracterizado quando o organismo já se encontra com alterações na forma e na função, ou seja, em enfermidade real, onde aparecem sinais e sintomas. Neste momento, as ações têm o objetivo de diagnosticar precocemente o problema e estabelecer as medidas terapêuticas adequadas. Espera-se, dentro das possibilidades de cada caso, o retorno do organismo ao estado de equilíbrio anterior ou, na pior das hipóteses,

interromperão o declínio desse organismo para níveis mais inferiores da escala de saúde a de doença (IBID. p 3031).

Já o nível terciário de prevenção consiste na prevenção da incapacidade através da reabilitação. É estabelecido quando o indivíduo portador da enfermidade passou pelos estágios anteriores, permanecendo com uma seqüela, residual e/ou uma incapacidade que necessitam ser minimizados, tentando evitar, nesse caso, a invalidez total, objetivando recolocar o indivíduo afetado em uma posição readaptada na sociedade, na expectativa da máxima utilização de suas capacidades funcionais (SCHWEINGEL, 2002). Edificou-se rumo ao modelo profissional encontrado atualmente, após as Grandes Guerras Mundiais, com uma atuação focada na reabilitação dos portadores de seqüelas físicas causadas pelas mesmas (ZABALA, 1998). Entretanto, observam-se registros, desde a Antiguidade, do uso de agentes físicos no tratamento de enfermidades (DEMO, 1988).

Historicamente, esse profissional vem desenvolvendo suas ações voltadas para a atenção secundária e terciária, atuando em clínicas, consultório ou hospitais, com um papel de pouco destaque na atenção primária em saúde (SAMPAIO, 2002).

A formação do profissional no período acadêmico tem contribuído de forma significativa para consolidação desse quadro, uma vez que existe uma tendência a enfatizar amplamente a prática terapêutica curativa. “A formação em Fisioterapia leva o estudante a interessar-se quase que exclusivamente pelas disciplinas técnicas, como a ortopedia-traumatologia, a reumatologia, a neurologia, a cardiopneumologia, etc.” (SCHWINGEL, 2002). As disciplinas voltadas para o campo da saúde pública nem sempre conseguem despertar no acadêmico o mesmo interesse das demais.

3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE

3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil a política de saúde antes dos anos 80 privilegiava a assistência médica centrada no atendimento individual, hospitalar, onde a lógica do lucro imperava sobre o fator saúde (Luz, 1991), priorizando ações curativas, de altos custos e baixo impacto na qualidade de vida (NASSIF, 1998).

Segundo Paim (1999), as críticas a este modelo de atenção foram explicitadas na década de 70, pelo chamado Movimento Sanitárias, cujas propostas de mudanças foram consolidadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Entre as proposições destacavam-se: o conceito ampliado de Saúde; o reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; a criação de um SUS; a participação popular e a constituição e ampliação do orçamento social.

Estas propostas que constituíram o projeto de Reforma Sanitária foram asseguradas na Constituição Federal de 1988 (Paim, 1999), privilegiando o setor público, e universalizando o atendimento (Ribeiro, 2001), satisfazendo um desejo e necessidade dos brasileiros o estabelecimento de um sistema de saúde para todos, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Alexandria, 2000), tendo como base os princípios doutrinários da universalidade, para garantir a atenção à saúde de todos os cidadãos brasileiros, com equidade, que busca assegurar ações de saúde, de acordo com a necessidade e complexidade que cada caso requeira, e da integralidade, princípios que pressupõem uma visão abrangente do ser humano (BRASIL, 1997).

A Reforma Sanitária deve ser entendida como um processo social e político, onde diferentes grupos da sociedade se manifestaram, apoiando, rejeitando ou se omitindo. Com este entendimento é possível perceber seus avanços, paralisações e retrocessos de acordo com as conjunturas (PAIM, 1999).

Durante a década de 90, muitos obstáculos se interpuseram à implantação do SUS, mas, por outro lado, podem-se constatar inúmeros avanços em relação ao modelo de atenção, como aponta o texto Constitucional de 1988, que instituiu o SUS de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade”.

Estas dizem respeito ao controle social sobre as ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

No nível municipal, cabe aos gestores programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O que significa que o município deva ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde para sua população.

Sendo assim, os Gestores do SUS (nível federal, estadual e municipal) devem adotar as prioridades definidas pelas necessidades de saúde da população e, a partir delas, planejar a oferta de serviços, invertendo, dessa forma, a relação prevalente no modelo anterior ao SUS, o qual dependia da assistência, medida por séries históricas de produção apresentada pelos prestadores de serviços, atrelados, quase exclusivamente, aos próprios interesses (BRASIL, 2002).

Segundo Paim (1999), as preocupações das instituições de saúde restringem-se em manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta ou a própria oferta distorcida em relação às necessidades de saúde. São os chamados modelos assistenciais, que são centrados na “demanda espontânea” e que não são exclusivos do setor privado, e que estão presente também nos serviços públicos. São predominantemente curativos, tendem a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade e não se comprometem com o impacto sobre o nível de saúde da população.

De acordo com Roncalli (2000), a organização de serviços a partir da livre demanda ou “demanda espontânea” é um modelo que reforça a atitude dos indivíduos que só procuram os serviços quando estão doentes.

Os modelos assistenciais alternativos, os quais começaram a ser elaborados na década de 90, mostravam mudanças na organização e funcionamento nas instituições públicas, deixando de se preocupar exclusivamente com a oferta de serviços aos usuários que constituíam a “demanda espontânea” para atender, fundamentalmente, para as necessidades de saúde da população. Isto significa proporcionar uma “oferta organizada” em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários (crianças, idoso, mulher etc) e, conseqüentemente, uma reorientação da demanda (PAIM, 1999).

Diante das propostas de organização da demanda, sugeridas nesses últimos 10 anos, a satisfação do usuário pode estar sendo modificada positivamente em

relação aos serviços oferecidos pelo setor público dos municípios que se propõe a essa reorganização (SANTOS et al., 2007).

Dessa forma, obtiveram-se resultados como: a constituição e legislação formal do SUS, eliminação das barreiras de acesso ao serviço de saúde, criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da ESF, descentralização dos serviços de saúde, implantação tortuosa do SUS, Leis e Normas Operacionais (NOBS) e os Conselhos e Conferências de Saúde (PAIM, 1999).

Diante das dificuldades de implementação do SUS, foram elaborados alguns modelos chamados alternativos, que buscavam principalmente a integralidade da atenção e o impacto sobre os problemas de saúde (PAIM, 1999).

À medida que foram sendo observados avanços no processo das reformas no setor saúde, novas demandas foram geradas a partir do novo perfil epidemiológico, da ampliação da consciência social e da emergência de novos problemas. A questão demográfica do acesso e da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população passou a se constituir num grande desafio. Esse desafio tornou evidente a necessidade de transformação do modelo de atenção e, o MS lançou a ESF em 1994, que passou a ser considerado como uma estratégia de redirecionamento da atenção à saúde, baseada nos princípios do SUS (SILVA, 2003).

As diretrizes que orientam os princípios e bases conceituais e organizativas da ESF foram concebidas a partir da reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993. Uma demanda de secretários municipais de saúde para efetuar mudanças na atenção básica de saúde, incluindo a expansão do PACS com a incorporação de outros profissionais da área de saúde, motivou a convocação do MS, Dr. Henrique Santillo, para uma reunião com técnicos do MS, secretarias municipais e estaduais, secretários estaduais e municipais de saúde, representando a Comissão Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e a Comissão Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), consultores internacionais e especialistas em atenção primária (VIANA e DAL POZ, 1988).

Neste encontro foram apresentadas e discutidas as experiências do Grupo Hospitalar Conceição de Medicina Comunitária, além das experiências do município de Niterói, RJ, com o Programa Médico de Família (PMF) e da experiência cearense, desenvolvida no Município de Quixadá, onde se realizou, em 1993, um trabalho pioneiro em Saúde da Família, com equipe multiprofissional. Ao final da reunião emergiu a proposta da ESF e foi criada a Coordenação de Saúde da

Comunidade (MS, 1999; ANDRADE, 1998; VIANA e DAL POZ, 1998; SOUZA, 2001).

Em 1994, o MS criou oficialmente a ESF (MS, 1999) e, em 1996, editou a Norma Operacional Básica 1996 (NOB SUS 01/96), definindo um novo modelo de financiamento para a atenção à saúde. Nesse sentido, pode-se registrar que as discussões para uma mudança nos critérios de distribuição de recursos financeiros, de forma a romper com a exclusividade do pagamento por procedimentos. Assim, ficou evidenciado que determinadas atividades não poderiam ser remuneradas por procedimentos, adaptando-se melhor a uma remuneração do tipo per capita (VIANA e DAL POZ, 1998).

A ESF foi inspirada em experiências advindas de outros países cuja Saúde Pública alcançou níveis de qualidade, como Cuba, Canadá e Inglaterra. No Brasil, adquiriu características próprias, diante de sua realidade diferenciada desses outros países, peculiaridades como o nível de pobreza, as condições sanitárias inexistentes para boa parte da população, a criação de subempregos para sobrevivência e a dificuldade de acesso a serviços básicos que garantam um nível adequado de saúde (FONTINELE, 2003).

O principal propósito da ESF, portanto, é reorganizar as práticas na atenção básica à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (ALBUQUERQUE e CARVALHO, 2009).

Para o MS, a ESF visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua concretização só será possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando, desta maneira, a prática assistencial em novas bases e critérios (PAIM e ALVES FILHO, 1998).

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado nas UBS e também nos domicílios, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que compõem a equipe básica de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (KILSZTAJN, 1998).

Em relação à equipe básica de Saúde da Família, esta deve ser composta por, no mínimo, um (01) médico de família e comunidade (médico generalista), um (01)

enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro (04) a seis (06) agentes comunitários de saúde (ACS), e deve ter como princípios o caráter substitutivo, integralidade e hierarquização e territorialização e vinculação (OLIVEIRA e SALIBA, 2005).

As práticas convencionais de assistência são de caráter substitutivo por um processo de trabalho baseado no conceito de promoção da saúde. A integralidade e hierarquização supõem que as UBS estejam inseridas no primeiro nível do sistema de saúde que é a atenção básica e devem estar vinculadas à rede de serviços de forma a garantir atenção integral, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis de maior complexidade tecnológica para a resolução de problemas identificados. A territorialização e a vinculação sinalizam que a ESF deverá trabalhar com microáreas de abrangência definidas por meio de cadastramento e de acompanhamento de um número determinado de famílias para cada equipe (MS, 1999).

Cada Equipe de Saúde da Família acompanha de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas por equipe. Cada ACS acompanha até o máximo de 150 famílias ou 450 pessoas (MS, 1999).

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em dezembro de 2003, o plenário aprovou a composição da equipe multiprofissional, incluindo Fisioterapeutas, como apoio as equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais, aumentando ainda mais as várias oportunidades de trabalho com a saúde da comunidade.

O projeto de lei nº 4261/2004 inclui os profissionais de Fisioterapia na ESF, porém a forma de inserção é que se encontra interrogada e uma tentativa do MS são os Núcleos de Saúde Integral (NSI). Esses núcleos são compostos por três modalidades: atividade física e saúde, saúde mental, e reabilitação (SILVA, 2007).

3.2 EXPERIÊNCIAS DA FISIOTERAPIA NA ESF EM ALGUNS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

A Fisioterapia ganhou espaço em empresas públicas e privadas, associações esportivas, clínicas particulares, hospitais, domicílios, centros de reabilitação e centros de saúde. À medida que o Fisioterapeuta atua nos serviços públicos, sua perspectiva de atuação e abrangência toma proporções outras, de modo a inserir

novas práticas de intervenção Freitas (2006), assim de acordo com Rebelatto (1999), “é necessário lidar mais com as condições de saúde de populações inteiras do que atuar em relação a condições de saúde de organismos isolados”.

Em vários lugares do País se verifica a incorporação do profissional Fisioterapeuta junto às equipes de ESF. O Município de Camaragibe – PE foi o pioneiro. No ano de 1994, foi implantado o núcleo de reabilitação da ESF Camaragibe - PE, cujo atendimento está voltado para a intervenção ambulatorial. Nos anos subseqüentes, cidades como Sobral CE, Paracambi RJ, Vitória ES, Volta Redonda RJ, a exemplo de outras, também incorporaram a ação das equipes de Fisioterapia em apoio ao serviço, dando início a um movimento que vem proliferando ao longo do tempo (LINS et al., 2001).

A experiência do fisioterapeuta na ESF do Município de Macaé, RJ teve início em 2001, em um módulo do PSF na região serrana do Município, com o objetivo de facilitar o acesso desta população ao serviço de Fisioterapia que até então era oferecido somente na região urbana da cidade. A preocupação da Secretaria de Saúde em expandir o acesso ao atendimento Fisioterapêutico impulsionou, em junho de 2002, a contratação de mais cinco fisioterapeutas, quatro destes profissionais foram lotados nos demais módulos do PSF na região serrana (MIGUEL, 2004).

O fisioterapeuta, dentro da ESF do Município de Macaé desenvolve atividades de educação para a saúde junto à comunidade e atendimentos nas áreas da Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto e do Idoso, e, quando necessário, realiza os procedimentos nos domicílios dos pacientes acamados.

Os demais atendimentos são realizados na própria unidade ou em locais cedidos pela comunidade, individualmente ou em grupo, utilizando recursos artesanais como saquinhos de areia substituindo um halter, por exemplo. O domínio das metodologias e das técnicas cinesioterapêuticas e o talento e a criatividade de cada profissional são fundamentais para o desenvolvimento dessas ações. (MIGUEL, 2004).

Tem sido comum em algumas Universidades o desenvolvimento de articulações de parceria com a ESF dos Municípios, de forma que o acadêmico de Fisioterapia seja inserido precocemente nas atividades da ESF através de um programa de estágio curricular, como é o caso da Universidade Federal da Paraíba (UFP), há 2 anos. Essas intervenções antecipadas têm apresentado resultados positivos, sejam com as intervenções na comunidade, como: o aumento do nível de conscientização do indivíduo, família e comunidade quanto ao auto cuidado e limitações das deficiências, proporcionando maior autonomia e independência; prevenção de vícios e problemas posturais e doenças osteomioarticulares

relacionadas ao trabalho; promoção da qualidade de vida e resgate da cidadania através da inclusão social; introdução do conceito de co-responsabilidade social, bem como a possibilidade de resgatar a condição do indivíduo ser assistido integral e interdisciplinarmente, independente da condição social, sejam pelo estímulo ao futuro profissional (ALMEIDA, 2005).

Com o objetivo prioritário de prevenção, o Fisioterapeuta busca reduzir o atendimento ambulatorial ou hospitalar. Os Fisioterapeutas vêm trabalhando com seus pacientes e respectivos familiares quanto às limitações das deficiências e o compromisso com o tratamento, para tanto, fazem uso de recursos Fisioterapêuticos acessíveis à comunidade, recursos que previnem os acidentes no domicílio e na comunidade em geral, facilitam a acessibilidade e atuam na prevenção dos distúrbios da coluna vertebral através de grupos educativos com a equipe da Saúde da Família e realizam palestras sobre assuntos pertinentes à Fisioterapia ou conhecimento das ações desenvolvidas pelo profissional (RAGASSON, 2003).

4 NUCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

A portaria nº. 1065/GM de 04 de julho de 2005 explicita a possibilidade de participação de outros profissionais da área da saúde na ESF, criando Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NASF). Os NASF devem ser constituídos por quatro modalidades: alimentação/nutrição e atividade física; saúde mental; reabilitação, porém estes devem estar articulados com os serviços da referência existentes, como, por exemplo, Centros de Reabilitação (BRASIL, 2008).

A Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, criou os NASF com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

A responsabilidade compartilhada entre as Equipes de Saúde da Família e as equipes do NASF na comunidade prevê a revisão da prática atual do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da Equipe de Atenção Básica de Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do SUS. (BRASIL, 2008).

O NASF, segundo a Portaria 154/GM de 24 de janeiro de 2008, não se constitui em porta de entrada do sistema e devem atuar de forma integrada a rede de serviços de saúde a partir das demandas identificadas no trabalho com as Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Foram concebidos, nos moldes da Portaria 154, os NASF um (01) e dois (02) sendo que em nenhum município brasileiro ou no Distrito Federal poderão existir dois modelos concomitantes. Segundo Brasil (2008), os modelos um (01) e dois (02) são: NASF 1: introduzidos com repasses de R\$ 20 mil mensais e compostos por, no mínimo, cinco profissionais de ocupações não-coincidentes, entre elas: médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada NASF 1 servirá de referência para no mínimo oito Equipes de Saúde da Família. Exceto nos municípios com menos de 100 mil habitantes da Região Norte, nos quais, o mínimo poderá ser de cinco Equipes de Saúde da Família. O NASF 2: será introduzido

somente nos municípios que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano base 2007, com repasse de R\$ 6 mil mensais. Comporá esta equipe um mínimo de três profissionais de ocupações não-coincidentes, entre elas: assistente social, educador físico, farmacêutico, Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Dentre as propostas advindas da adoção dos NASF, estão à questão da intersetorialidade com as diversas instâncias do poder público: educação, cultura, trabalho, lazer, entre outras. Há também possibilidade do usuário ter sua voz ouvida, pois é vislumbrada a participação popular na tomada de decisões, por meio da gestão integrada e da atuação dos Conselhos Municipais e ou locais de Saúde (BRASIL, 2008).

O NASF visa complementar a ESF, em todos os atendimentos deve ser considerada a elaboração de projetos terapêuticos individualizados promovendo a responsabilidade compartilhada e realizando atendimentos “multiprofissionais e transdisciplinares”. O NASF torna-se dentro da Atenção Básica, mais um espaço para prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2008).

5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES- RJ

5.1 O MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ.

Campos dos Goytacazes é o maior município do Estado do Rio de Janeiro, localizado no Norte do estado do Rio de Janeiro, Brasil, com uma população de 431.839 habitantes (2008), sendo que destes 77,9% vivem na area urbana do município. É a maior cidade do interior fluminense, é também com a maior extensão territorial do estado, é a décima maior do interior do Brasil, ocupando uma área pouco menor que a do Distrito Federal (IBGE, 2008).

Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de 0,7762, o que coloca o município em 11º no ranking dos municípios do estado do RJ e em 337º nas cidades de todo o país (FIRJAN, 2010).

O município de Campos dos Goytacazes tem uma forte base agrícola, sendo um grande produtor de cana-de-açúcar. No entanto, atualmente se destaca no cenário econômico nacional como o maior produtor de petróleo, sendo a bacia petrolífera de Campos responsável por 80% da produção nacional. O município desde 1998, através da criação da Lei do Petróleo, sofreu um grande impacto em sua capacidade de investimento, tendo atualmente um orçamento anual que é superior a várias capitais, se aproximando de 1,2 bilhões de reais anuais (OLIVEIRA e PEDLOWSKI, 2010).

5.2 A CRIAÇÃO E EXTINÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ

Em 01/02/1999, o município de Campos dos Goytacazes iniciou a ESF, com 33 equipes cadastradas no MS, sendo 52.304 famílias inscritas e 196.970 cidadãos assistidos. O serviço de Fisioterapia foi implantado no programa em dezembro de 2000, visando à reabilitação de pessoas que se encontram acamada, estas impossibilitadas do tratamento em centros de reabilitação do município devido à falta de transporte ou por falta de interesse dos familiares. Em dois de fevereiro de 2001, incluiu a Odontologia no programa, contando com quatro equipes de saúde bucal (OLIVEIRA e SALIBA, 2005).

No decorrer do tempo a ESF expandiu sua cobertura no município, em 2006 contavam com 53 equipes de PSF (16 pólos), todas com a atuação do profissional Fisioterapeuta, 44 UBS e 59 pontos de PACS (4ª Mostra de PSF/PACS/ESAUB, 2006 Campos dos Goytacazes/RJ). A ESF completou oito anos de atuação em 2006, com aproximadamente trezentos mil atendimentos, fazendo cumprir o direito integral à saúde e a cidadania de todo cidadão para uma melhor qualidade de vida. O modelo de assistência e atendimento a saúde da ESF de Campos dos Goytacazes foi considerado pelo MS o melhor já implantado no país (ANDRADE, 2006).

Em 2008, o Ministério Público Federal (MPF) em Campos dos Goytacazes propôs ação civil pública e por improbidade administrativa contra o prefeito em exercício, contra o secretário de saúde e contra a coordenadora da ESF. O juiz da 1ª Vara Federal de Campos dos Goytacazes mandou notificar os acusados, que tinham 15 dias, a partir da notificação, para uma defesa preliminar das acusações. Esta ação de improbidade foi motivada por ilegalidades na ESF, com violação nos princípios da administração pública como honestidade e imparcialidade processo nº 2008.510.300.1600-6.

Em pedido da liminar, os procuradores da República do Município, autores da ação, propuseram o afastamento dos réus de seus cargos, a proibição da contratação dos profissionais de programas de saúde e a apresentação, pelo Banco do Brasil, do extrato bancário detalhado da conta em que são depositados os recursos da ESF.

Na ação, são oito ilegalidades cometidas pelos três réus, sendo que a primeira foi uma afronta à decisão do Tribunal de Justiça (TJ- RJ), que em outubro de 2006, declarou inconstitucional a lei municipal para regularizar a situação dos funcionários admitidos em concurso. Outras iniciativas de irregularidades do município foi à celebração de convênio sem licitação com a Fundação Benedito Pereira Nunes (questionada pelo MPF numa ação civil pública), e a aceitação do processo seletivo simplificado que a Fundação direcionou para pessoas que já atuavam em programas municipais.

Os réus também descumpriram decisão da liminar da 2ª Vara Federal de Campos dos Goytacazes em março de 2007, para suspender o convênio com a Fundação Benedito Pereira Nunes. Além de pagar servidores dos programas nos meses seguintes, o município firmou convênio semelhante com o Instituto do Bem

Estar Social e Promoção a Saúde (Inbesps), que contratou os mesmos profissionais, as escondidas, no Sesc/Senat. O Inbesps também firmou o convênio sem passar por um processo de licitação.

Devido a todas as denúncias citadas acima, as quais relatavam diversas improbidades administrativas, a ESF foi extinta no município em março de 2008 (ANDRADE, 2008).

O médico deputado estadual Dr. Wilson Cabral e vice-presidente da Comissão de Saúde da Alerj levou o problema da extinção da ESF do município de Campos dos Goytacazes para ser discutido em uma audiência pública na Alerj, por ele entender que a extinção da ESF no município trás conseqüências negativas, sendo elas: um transtorno ainda maior para toda a população que dependia do serviço de saúde inúmeros pacientes acamados que não pode ir as unidades de saúde, ou mesmo aqueles que tratam em seus domicílios as doenças crônicas, o que diminui as emergências dos hospitais em Campos, transtorno na vida econômica dos profissionais e conseqüentemente na economia do município.

O secretário de saúde relatou que durante sua gestão em 2008, a paralisação da ESF prejudicou o atendimento de assistência básica no município. Os hospitais de emergência aumentaram em 30% o número de atendimentos em conseqüência do fechamento da ESF (THOMAZ, 2008).

A Prefeita que assumiu o Governo do Município em primeiro de janeiro de 2009, verificou o estado delicado a qual a saúde do município se apresentava, principalmente no nível de baixa complexidade (atenção básica), o que refletiu de forma direta na media e alta complexidade (atenção secundária e terciária). A partir de fevereiro de 2009, com um novo governo, e com uma nova Política de Saúde Pública as estratégias para a atenção básica voltaram a surgir. Em relação à oferta de assistência fisioterapêutica, o município conta com cento e um (101) fisioterapeutas estes alocado em cinqüenta (50) Unidades Básica de Saúde (UBS) e em um Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2010).

A proposta da Prefeita e de seu secretario de Saúde é que as UBS sejam a porta de entrada no SUS, fazendo o primeiro agendamento do usuário (JORNAL O DIARIO, 2009).

A Prefeita informou que trabalha para o retorno dos serviços da ESF o mais rapidamente possível para Campos. O assunto foi abordado durante entrevista no programa Balanço Geral, na TV Record. A prefeita lembrou que devido às

irregularidades verificadas no governo passado em relação à aplicação dos recursos da ESF repassados pelo governo federal, o MS suspendeu o programa, com prejuízos à saúde da população. Estamos em entendimento com o governo federal, é preciso esclarecer que as irregularidades que provocaram a suspensão da ESF ocorreram no governo passado. A prefeita ainda relata que nem o governo atual e nem a população tem culpa da extinção da ESF, um programa tão importante para a medicina preventiva.

Segundo o secretário de saúde vigente é fundamental que a ESF volte a funcionar no município de Campos dos Goytacazes, porque caso contrário, outros programas estarão comprometidos e o município poderá perder todas as prerrogativas, inviabilizando outros tipos de atendimento. O secretário ainda diz: “A nossa cidade precisa da ESF”, relata que o programa atendia cinco mil famílias, o que representava mais de 200 mil pessoas recebendo atendimento domiciliar (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2009).

6. OBJETIVOS DO ESTUDO

6.1 Geral

Traçar conseqüências da interrupção da ESF na rede de saúde no município de Campos dos Goytacazes, RJ, nos serviços de Fisioterapia Ambulatorial e de algumas especialidades médica.

6.2 Especificos

Comparar o número total de pacientes atendidos no serviço de Fisioterapia e o número de pacientes atendidos em três especialidades fisioterapêuticas: Neurologia, Neuropediatria e Traumato-Ortopedia no período de março de 2005 a março de 2008, quando a ESF se fazia presente e atuante, e, no período de abril de 2008 a abril de 2009, quando a ESF havia sido extinto no município de Campos dos Goytacazes, RJ;

Analisar a demanda de consultas de três especialidades médicas que são áreas afins da ESF que são: Ginecologia, Geriatria e Traumato-Ortopedia no período de março de 2007 a março de 2008, quando a ESF se fazia presente e atuante, e, no período de abril de 2008 a abril de 2009, quando a ESF havia sido extinto no município de Campos dos Goytacazes, RJ;

7 METODOLOGIA

Para contemplar os objetivos propostos por essa dissertação, desenvolveu-se uma pesquisa descritiva e quantitativa, tendo como meio levantamento de banco de dados com finalidade propositiva (MASSAD et al, 2004).

Esta pesquisa foi realizada na cidade de Campos dos Goytacazes – RJ, comparando o número total de pacientes atendidos no serviço de Fisioterapia e o número de pacientes atendidos em três especialidades fisioterapêuticas: Neurologia, Neuropediatria e Traumato-Ortopedia no período de março de 2005 a março de 2008, quando a ESF se fazia presente e atuante, e, no período de abril de 2008 a abril de 2009, quando a ESF foi extinto no município. Tão como de três especialidades médicas, que são afins da ESF: Ginecologia, Geriatria e Traumato-Ortopedia no período de março de 2007 a março de 2008, quando a ESF se fazia presente e atuante, e, no período de abril de 2008 a abril de 2009, quando a ESF havia sido extinto.

Os hospitais escolhidos foram o Hospital Pró Clínicas (HP), Hospital Geral de Guarus (HGG), e Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar (HPC), o critério de escolha é que os hospitais tinham que possuir convênio com a prefeitura municipal de Campos dos Goytacazes, RJ, ou seja, prestar assistência à rede municipal de saúde do município.

O acesso ao banco de dados das Instituições participantes do estudo foi autorizado pelos seus diretores conforme processo apresentado ao Comitê de Ética.

Os dados foram levantados a partir do registro do banco de dados do Sistema de Informação de marcação de consultas dos hospitais que prestam atendimento público em Campos dos Goytacazes-RJ, sendo estes: HP possui sistema Hi Doctor, HGG e HPC possui sistema MV2000 Gestão.

De tais sistemas foram retiradas para análise as seguintes variáveis de estudo: número de pacientes atendidos no serviço de Fisioterapia, o perfil da especialidade Fisioterapêutica e número de pacientes atendidos nas três áreas médicas afins da ESF: Ginecologia, Geriatria e Traumato- Ortopedia.

Os dados totais dos atendimentos fisioterapêuticos foram obtidos através da soma dos anos de 2005/2006 a 2008/2009. A análise do número de atendimentos fisioterapêuticos na rede hospitalar, por especialidades, foi realizada no período de 2005 a 2009. Os atendimentos das especialidades médicas no período de 2007 a

2009. O cálculo da variação é realizado com base no dado do ano atual menos o dado do ano anterior e teremos uma variação e dividindo por 100 teremos essa variação em porcentagem.

Buscou-se analisar, a variação percentual da demanda, no período de 2005 a 2009, dos serviços de fisioterapia nas especialidades: neurologia, neuropediatria; e traumatologia-ortopedia, e no período de 2007 a 2009, dos serviços médicos nas especialidades: ginecologia, geriatria e traumatologia-ortopedia.

7.1 HOSPITAL PRÓ-CLÍNICAS

O HP fica situado no município de Campos dos Goytacazes, RJ, têm seu endereço localizado na Rua Saldanha Marinho nº 387- centro. É um Hospital que há dez anos presta serviço à população do município, possui convênio com a prefeitura municipal e possui um sistema de informação chamado Hi Doctor, que possui diversas funções como: agendamento de consultas, armazenamento de banco de dados, consultas e retornos, tipos de planos de saúde, planilha financeira e especialidades da área de saúde.

O HP possui serviço ambulatorial de ginecologia, geriatria, pediatria, neurologia, cardiologia e clínico geral e um pronto atendimento de clínica médica, Ortopedia e internação. Disponibiliza de uma UTI com 7 leitos e uma enfermaria com 35 quartos individuais, além de ter 2 centros cirúrgicos, 1 farmácia e 1 cozinha com serviço de nutricionista.

Também dispõe de um serviço de exames complementares como radiografia, Tomografia computadorizada, ressonância magnética dentre outros.

O serviço de Fisioterapia ambulatorial do Hospital Pró Clínicas é prestado nas seguintes áreas: Traumatologia-Ortopedia, Desportiva, Neurologia adulto, Neuropediatria, Pneumofuncional, Cardíofuncional, Reeducação Postural Global, Acupuntura, Reumatologia, Ginecologia, Dermatologia, além de ter serviços de Fisioterapia nas enfermarias e na UTI.

7.2 HOSPITAL GERAL DE GUARUS

O HGG fica situado na Rua Senador Jose Carlos Pereira Pinto nº 400- bairro Guarus. É um Hospital que há sete anos presta serviço à população do município, possui convênio com o município e atende a rede SUS e possui um sistema de

informação chamado MV 2000, Sistema de Gerenciamento Ambulatorial e que possui diversas funções como: agendamento de consultas, armazenamento de banco de dados, consultas e retornos, tipos de planos de saúde, planilha financeira e especialidades da área de saúde.

O HGG possui serviço ambulatorial de alergia, imunologia infantil, bucomaxilo – facial, cardiologia adulta e infantil, dermatologia, endocrinologia, fonoaudiologia, geriatria, hematologia, anemia falciforme, nefrologia infantil, neurologia adulto e infantil, nutrição, oftalmologia, traumato- ortopedia, otorrino, pediatria, proctologia, psicologia, psiquiatria, reumatologia, urologia.

Possui uma emergência com 21 leitos, divididos em três enfermarias de repouso masculino, feminino e pediátrico, além da sala de urgência, para as pessoas que chegam em estado grave.

O setor possui 4 consultórios, sendo 2 pediátricos e 2 de clínica médica, que funcionam em plantão de 24 horas. Na emergência também estão às salas de hipodermia (medicamentos) e inalação, onde são feitas as nebulizações.

A equipe de profissionais de plantão é composta por nove médicos, sendo 4 clínicos, 4 pediatras, 1 chefe de plantão, 2 enfermeiros, 18 auxiliares, 5 técnicos de enfermagem, 1 assistente social e 3 funcionários administrativos. Disponibiliza de uma UTI com 12 leitos, além de ter um centro de reabilitação dividido em fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional e fonoaudiologia e de 3 centros cirúrgicos.

O serviço de Fisioterapia ambulatorial do HGG é prestado nas seguintes áreas: Traumato-Ortopedia, Hidroterapia, Neurologia adulto, Neuropediatria, Pneumofuncional, Cardiofuncional, Reeducação Postural Global, Reumatologia.

7.3 HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA DE AÇÚCAR

O HPC, fundado em 1963, há 47 anos prestando assistência a população campista, é também conveniado com o município e atende a rede SUS. Fica localizado na Avenida José Alves Azevedo, nº 337, centro de Campos dos Goytacazes, RJ. Possui o mesmo Sistema de Gerenciamento Ambulatorial que o

Hospital Geral de Guarus, sistema de informação chamado MV 2000, com as mesmas funções.

O HPC possui serviço ambulatorial anestesiologia, endocrinologia, endoscopia, ginecologia e obstetrícia, hematologia e hemoterapia, medicina Intensiva, neurologia (Eletroencefalografia), oftalmologia, traumatologia- ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, pediatria, além de dispor de serviço de diagnóstico por imagem com equipamentos de radiografia, Tomografia computadorizada e ressonância magnética dentre outros. Disponibiliza de uma UTI adulto com 8 leitos, UTI neonatal com 10 leitos, UTI pediátrica com 20 leitos e uma enfermaria com 20 quartos, além de ter 40 apartamentos e 3 centro cirúrgicos, 1 farmácia e 1 cozinha com serviço de nutricionista.

O serviço de Fisioterapia ambulatorial do Hospital dos Plantadores de Cana é prestado nas seguintes áreas: Traumato-Ortopedia, Neurologia adulto, Neuropediatria, Pneumofuncional, Reumatologia, além de ter serviços de Fisioterapia nas enfermarias e na UTI.

8 RESULTADOS

Os resultados foram obtidos a partir da análise da demanda de atendimentos na rede de assistência a saúde do município de Campos dos Goytacazes, RJ, em 03 especialidades médicas e em 03 especialidades fisioterapêuticas e o número total de atendimentos fisioterapêuticos, a fim de determinar o reflexo da ausência da ESF. Partindo do princípio que os conceitos da ESF, quando colocados em prática, propiciam diminuição da demanda pela procura dos níveis secundários e terciários, otimizando o serviço de quem realmente necessita utilizar a rede hospitalar.

A tabela 1 mostra aumento entre 2005 e 2009 na demanda por atendimentos fisioterapêuticos na rede de hospitais, que prestam assistência ao município. O Hospital Geral de Guarus apresentou maior aumento na demanda, cerca de 19%.

Tabela 1: Número total de atendimentos fisioterapêuticos na rede hospitalar no período de 2005 a 2009

	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	TOTAL
HP	14.344	13.642	12.824	18.164	58.974
HPC	16.358	15.731	14.457	21.647	68.193
HGG	18.645	16.768	15.942	22.318	73.673
TOTAL	49.347	46.141	43.223	62.129	200.840

Fonte: (HP: Hospital Pró Clínicas; HPC: Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar; HGG: Hospital Geral de Guarus).

Com relação às especialidades Fisioterapêuticas analisadas percebe-se na tabela 2 e nas figuras 1, 2 e 3, que ocorreu um aumento nas áreas de Neurologia, Neuropediatria e Traumatologia-Ortopedia, nos três hospitais que prestam assistência a rede de saúde após o encerramento das atividades do PSF no município

Tabela 2: Número de atendimentos fisioterapêuticos na rede hospitalar por especialidades no período de 2005 a 2009.

ANO	REDE	Número de Atendimentos na Rede Hospitalar por Especialidades
-----	------	--

		Fisioterapia Neurológica	Variação (em relação ao ano anterior)	Fisioterapia Neuropediatria	Variação (em relação ao ano anterior)	Fisioterapia Traumatologia-ortopedia	Variação (em relação ao ano anterior)
2005/2006	HP	352		127		724	
	HPC	466		423		1047	
	HGG	633		329		1023	
2006/2007	HP	322	-8,52%	117	-7,87%	692	-5,58%
	HPC	502	7,72%	401	-5,20%	989	-5,53%
	HGG	673	6,31%	323	-1,82%	979	-4,30%
2007/2008	HP	298	-7,45%	99	-15,38%	691	-5,20%
	HPC	422	-15,93%	327	-18,45%	956	-0,14%
	HGG	548	-18,57%	278	-13,93%	871	-3,33%
2008/2009	HP	457	53,55%	194	95,95%	824	19,24%
	HPC	731	73,22%	510	55,96%	1214	26,98%
	HGG	855	56,02%	444	59,71%	1219	39,95%

Fonte: (HP: Hospital Pró Clínicas; HPC: Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar; HGG: Hospital Geral de Guarus).

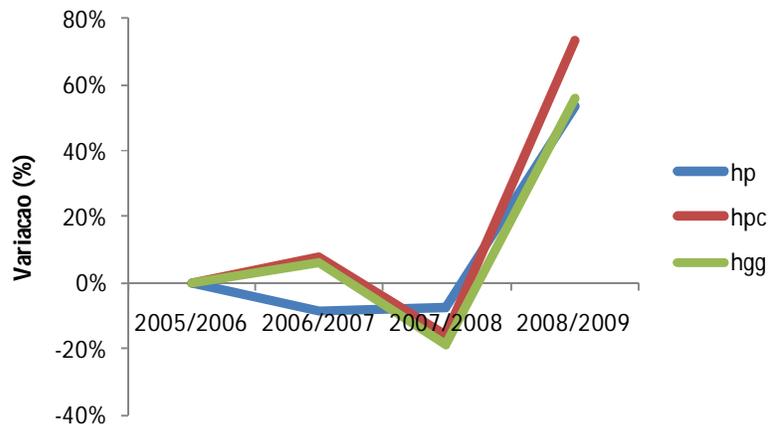
Na especialidade de Fisioterapia Neurológica (figura 1), o Hospital Pró Clínicas de 2006/2007 em relação a 2005/2006 teve uma variação negativa de - 8,52%, ou seja um decréscimo de 30 atendimentos. Comparando 2007/2008 com 2006/2007, tivemos uma variação de -7,45%, o que demonstra que continua em decréscimo o número de atendimentos, cerca de 24 atendimentos. No último período de análise, 2008/2009 comparando com 2007/2008, a variação foi de 53,55%, um aumento significativo na demanda de atendimentos, cerca de 159 atendimentos a mais dessa especialidade nessa unidade da rede hospitalar do município.

No HPC, a especialidade de Fisioterapia Neurológica (figura 1), em 2006/2007 em relação à 2005/2006, variou 7,72%, ou seja, um aumento no número de 36 atendimentos nesse período. Em relação ao período de 2007/2008 com 2006/2007, a variação foi negativa, -15,93%, uma redução de 80 atendimentos. Já nos anos de 2008/2009 comparando com 2007/2008, a variável foi de 73,22%, um aumento muito significativo de 309 atendimentos fisioterapêuticos.

O HGG no período de 2006/2007 em relação à 2005/2006, a especialidade de Fisioterapia Neurológica (figura 1), variou 6,31%, um aumento de 40 atendimentos nesse período. Comparando os anos de 2007/2008 com 2006/2007, a variação foi negativa, um percentual de -18,57%, uma diminuição de 125 atendimentos nesse

período. No último ano de comparação, 2008/2009 com 2007/2008 a variação foi de 56,02%, um aumento expressivo de 307 atendimentos fisioterapêuticos.

Figura 1: Variação (%) dos atendimentos na especialidade de Fisioterapia Neurológica na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2005 a 2009



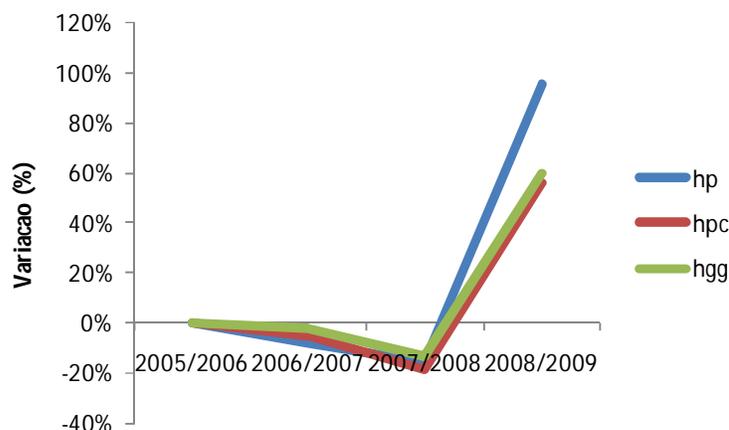
Fonte: (HP: Hospital Pró Clínicas; HPC: Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar; HGG: Hospital Geral de Guarus).

Na especialidade de fisioterapia neuropediatrica (figura 2), o HP de 2006/2007 em relação à 2005/2006 teve uma variação negativa de - 7,87%, ou seja, um decréscimo de 10 atendimentos. Comparando 2007/2008 com 2006/2007, tivemos uma variação de -15,38%, o que demonstra que continua em decréscimo o número de atendimentos, cerca de 18 atendimentos. No último período de análise, 2008/2009 comparando com 2008/2007, a variação foi de 95,95%, um aumento significativo na demanda de atendimentos, cerca de 95 atendimentos a mais dessa especialidade nessa unidade da rede hospitalar do município.

No HPC, a especialidade de fisioterapia neuropediatrica em 2006/2007 em relação à 2005/2006, variou - 5,20%, ou seja, um decréscimo de 22 atendimentos nesse período. Em relação ao período de 2007/2008 com 2006/2007, a variação também foi negativa, -18,45%, uma redução de 74 atendimentos. Já nos anos de 2008/2009 comparando com 2007/2008, a variável foi de 55,96%, um aumento muito significativo de 183 atendimentos fisioterapêuticos.

O HGG no período de 2006/2007 em relação à 2005/2006, a especialidade de fisioterapia neuropediátrica, variou -1,82%, uma diminuição de 6 atendimentos nesse período. Comparando os anos de 2007/2008 com 2006/2007, a variação permaneceu negativa, um percentual de -13,93%, uma diminuição de 45 atendimentos nesse período. No último ano de comparação, 2008/2009 com 2007/2008 a variação foi de 59,71%, um aumento expressivo de 166 atendimentos fisioterapêuticos.

Figura 2: Variação (%) dos atendimentos na especialidade de Fisioterapia Neuropediátrica na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2005 a 2009



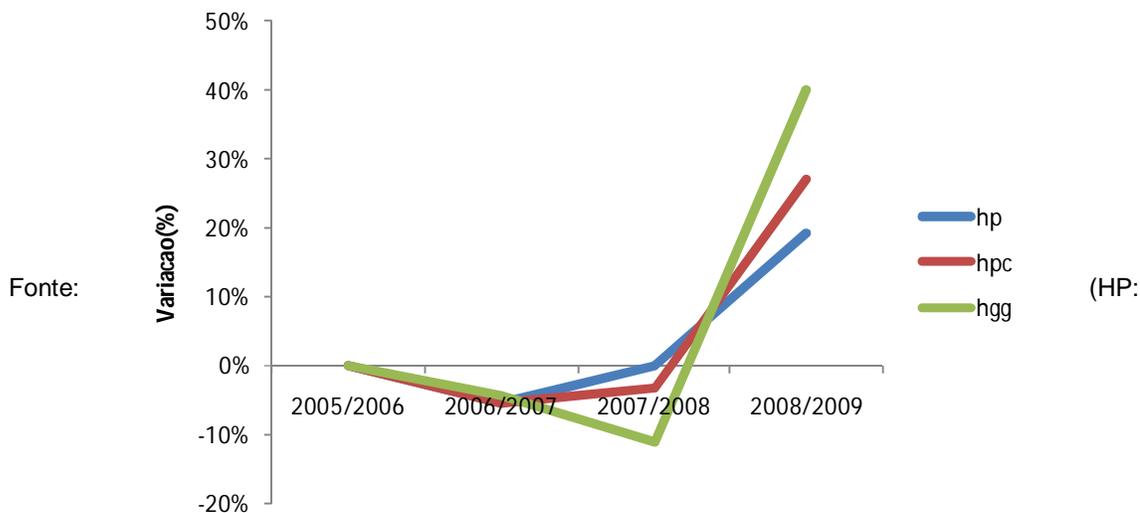
Fonte: (HP: Hospital Pró Clínicas; HPC: Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar; HGG: Hospital Geral de Guarus)

Na especialidade de fisioterapia traumato-ortopedia (figura 3), o Hospital Pró Clínicas de 2006/2007 em relação à 2005/2006 teve uma variação negativa de -5,58%, ou seja, um decréscimo de 32 atendimentos. Comparando 2007/2008 com 2006/2007, tivemos uma variação de -5,20%, o que demonstra que continua em decréscimo o número de atendimentos, cerca de 1 atendimento. No último período de análise, 2008/2009 comparando com 2007/2008, a variação foi de 19,24%, um aumento significativo na demanda de atendimentos, cerca de 133 atendimentos a mais dessa especialidade nessa unidade da rede hospitalar do município.

No HPC, a especialidade de fisioterapia traumato-ortopedia em 2006/2007 em relação à 2005/2006, variou -5,53%, ou seja, um decréscimo de 58 atendimentos nesse período. Em relação ao período de 2007/2008 com 2006/2007, a variação também foi negativa, -0,14%, uma redução de 33 atendimentos. Já nos anos de 2008/2009 comparando com 2007/2008, a variável foi de 26,98%, um aumento muito significativo de 258 atendimentos fisioterapêuticos.

O HGG no período de 2006/2007 em relação à 2005/2006, a especialidade de fisioterapia traumato-ortopedia, variou -4,30%, uma diminuição de 44 atendimentos nesse período. Comparando os anos de 2007/2008 com 2006/2007, a variação permaneceu negativa, um percentual de -3,33%, uma diminuição de 108 atendimentos nesse período. No ultimo ano de comparação, 2008/2009 com 2007/2008 a variação foi de 39,95%, um aumento expressivo de 348 atendimentos fisioterapêuticos.

Figura 3: Variação (%) dos atendimentos na especialidade de Fisioterapia Traumato-Ortopedia na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2005 a 2009



Hospital Pró Clínicas; HPC: Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar; HGG: Hospital Geral de Guarus)

Com relação às especialidades médicas analisadas percebe-se na tabela 3 e nas figuras 4, 5 e 6 que ocorreu um aumento significativo nas três áreas estudadas e nos três hospitais que prestam assistência a rede de saúde após o encerramento das atividades do PSF no município.

Tabela 3: Número de atendimentos Médicos na rede hospitalar por Especialidades no período de 2007 a 2009.

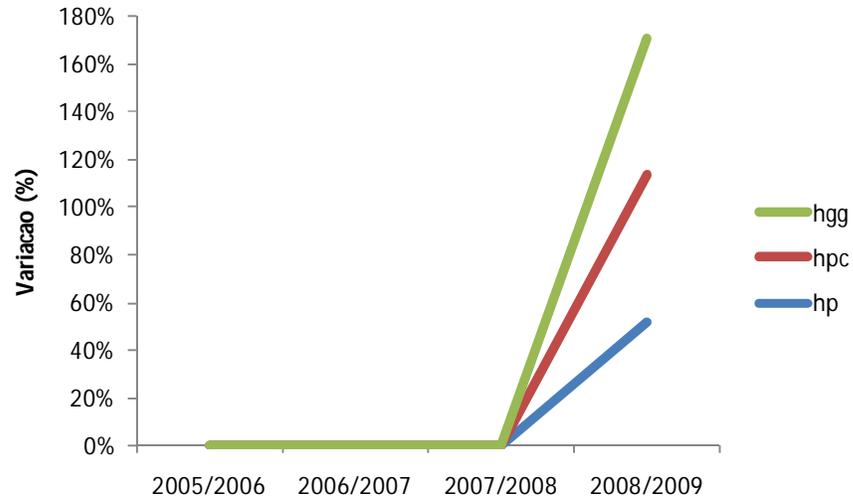
ANO	REDE	Número de Atendimentos na Rede Hospitalar por Especialidades					
		Ginecologia	Variação	Geriatría	Variação	Traumatologia-ortopedia	Variação
2005/2006	HP						
	HPC						
	HGG						
2006/2007	HP						
	HPC						
	HGG						
2007/2008	HP	1874		736		2123	
	HPC	2581		1063		1642	
	HGG	2532		1036		1823	
2008/2009	HP	2849	52,02%	996	35,32%	3010	41,78%
	HPC	4181	61,99%	1350	26,99%	2232	35,93%
	HGG	3975	56,99%	1070	3,28%	2552	39,98%

Fonte: (HP: Hospital Pró Clínicas; HPC: Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar; HGG: Hospital Geral de Guarus).

A especialidade médica de Ginecologia (figura 4), no período de 2008/2009 em relação à 2007/2008 o HP apresentou uma variação de 52,02%, cerca de 975 atendimentos a mais, HPC apresentou uma variação, de 61,99%, cerca de 1600 atendimentos a mais, o HGG variou cerca de 56,99%, ou seja, uma demanda a mais de 1443 atendimentos.

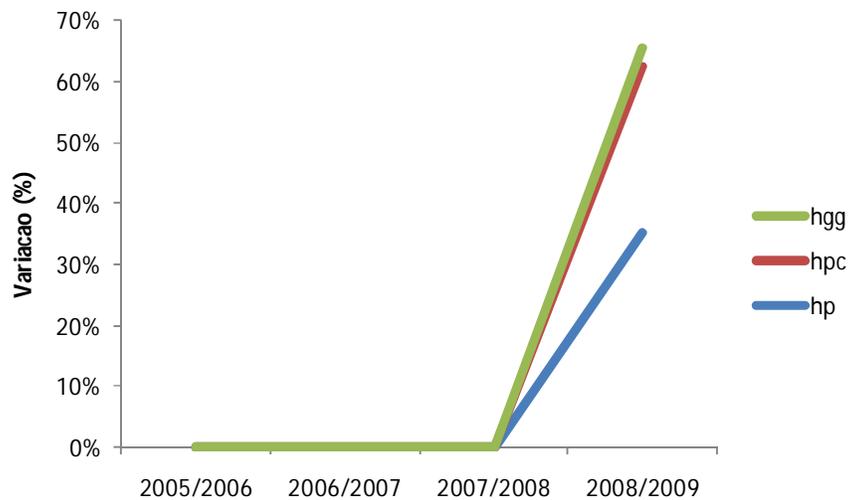
A especialidade médica de Geriatria (figura 5), no período de 2008/2009 em relação à 2007/2008, o HP apresentou uma variação de 35,32%, cerca de 260 atendimentos a mais, HPC apresentou uma variação, de 26,99%, cerca de 287 atendimentos a mais, o HGG variou cerca de 3,28%, ou seja, uma demanda a mais de 729 atendimentos.

Figura 4: Variação (%) dos atendimentos na especialidade médica de Ginecologia na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes- RJ no período de 2007 a 2009



Fonte: (HP: Hospital Pró Clínicas; HPC: Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar; HGG: Hospital Geral de Guarus).

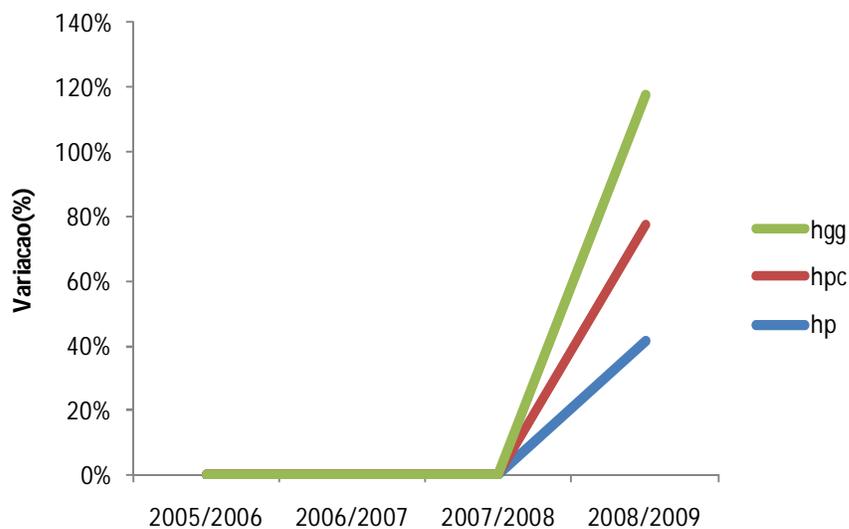
Figura 5: Variação (%) dos atendimentos na especialidade médica de Geriatria na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2007 a 2009



Fonte: (HP: Hospital Pró Clínicas; HPC: Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar; HGG: Hospital Geral de Guarus)

A especialidade médica de Traumatologia e Ortopedia (figura 6), no período de 2008/2009 em relação à 2007/2008 o HP apresentou uma variação de 41,78%, cerca de 887 atendimentos a mais, HPC apresentou uma variação, de 35,93%, cerca de 590 atendimentos a mais, o HGG variou cerca de 39,98%, ou seja, uma demanda a mais de 729 atendimentos.

Figura 6: Variação (%) dos atendimentos na especialidade médica de Traumato-Ortopedia na rede hospitalar do município de Campos dos Goytacazes-RJ no período de 2007 a 2009



Fonte: (HP: Hospital Pró Clínicas; HPC: Hospital dos Plantadores de Cana de Açúcar; HGG: Hospital Geral de Guarus)

9 DISCUSSÃO

A Saúde Pública do Município de Campos dos Goytacazes-RJ nos anos de 2008 e 2009 com a extinção da ESF, passou por diversos problemas, o que fez com cerca de 431.839 habitantes ficassem sem a atenção básica em saúde. Os gestores da saúde do município relataram inúmeros problemas, tais como: pacientes acamados que não podiam ir às unidades de saúde, pacientes que recebiam atendimentos em seus domicílios para tratamento de doenças crônicas, deslocamento freqüente, tendo gastos com passagens, com alimentação e muito das vezes deixam de ir ao trabalho devido aos longos períodos de espera por uma consulta e mais ainda aqueles pacientes que não tem acesso à rede de saúde fixa e não possuem condições econômicas para custear seu transporte. Esta situação aumentou as emergências nos hospitais em 30%, ou seja, refletiu de forma direta no orçamento do município, no planejamento, na organização e nas ações de assistência dos níveis secundários e terciários da rede de assistência a saúde do município (THOMAZ, 2008).

O presente estudo demonstrou que ano de 2007, com a atuação da ESF no município de Campos dos Goytacazes-RJ, a demanda dos serviços de saúde nos Hospitais diminuiu em relação aos anos anteriores, como mostra a tabela 1, demonstrando um decréscimo com relação à demanda de serviços fisioterapêuticos, de aproximadamente 14%, nos hospitais estudados. Segundo Castro et al (2006), a atuação do fisioterapeuta na ESF pode prevenir, não somente o aumento do número de atendimentos, mas interfere positivamente no aumento da complexidade da atenção a saúde, reduzindo os gastos públicos, colaborando com a mudança do modelo assistencial, evitando o incremento das doenças ao mesmo tempo em que limita os danos e as sequelas já instaladas. Os resultados encontrados neste estudo, demonstram claramente parte do que Castro et al (2006) coloca: o aumento no número de atendimentos após a extinção da ESF no município de Campos.

Em 2008, após a extinção da ESF, a rede hospitalar que presta assistência fisioterapêutica ao município, teve que absorver os pacientes da ESF, logo a demanda por serviços Fisioterapêuticos na rede hospitalar aumentou. O Hospital Pró Clínicas aumentou cerca de 30%, o Hospital Geral de Guarus apresentou um aumento de 40% e o Hospital dos Plantadores de Cana, também se mostrou com aumento de 50% em sua demanda. Percentuais estes, próximos ao encontrado por

Machado e Nogueira (2008) em estudo realizado na cidade de Teresina-PI, mostrou que a demanda por atendimentos fisioterapêuticos na rede hospitalar, onde não se tem ESF é de 81,6% (MACHADO E NOGUEIRA, 2008).

Quanto à especialidade de fisioterapia neurológica, os dados encontrados mostram uma elevação de 53,55% nos atendimentos dos hospitais pesquisados, após a extinção das ESF, que ocorreu a partir de março de 2008. Este percentual é semelhante ao percentual de afecções com alterações motoras e sensitivas (38,00% e 35,50% respectivamente) apresentados nos ambulatórios de fisioterapia do SUS, no ano de 2005, de acordo com Albuquerque e Carvalho (2009).

Com relação à especialidade de fisioterapia neuropediátrica observou-se que o aumento nos atendimentos, no período de 2008 a 2009, foi expressivo nos três hospitais. Neste período, além da extinção da ESF, o município de Campos do Goytacazes-RJ, passou a contar com uma oferta reduzida na especialidade de fisioterapia neuropediátrica. De acordo com Segura et al (2008), a demanda por atendimentos de reabilitação neuropediátrica tem aumentado e requer uma maior oferta no nível da atenção primária, o que vai ao encontro do que ocorreu no município estudado, onde a rede hospitalar teve que absorver a demanda por este tipo de atendimento, já que não havia mais a oferta do mesmo.

Esta pesquisa mostrou, quanto à especialidade de fisioterapia traumato-ortopédica, um aumento na demanda dos três hospitais pesquisados, após a extinção da ESF, sendo que o HGG foi o que teve o aumento mais expressivo (39,95%). Num estudo realizado em Londrina-PR, com pacientes atendidos pela Fisioterapia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), na Unidade de Saúde da Família “Aquiles Stenghel”, 61,90% dos problemas encontrados estavam relacionados ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, problemas estes que são tratados pela especialidade de fisioterapia traumato-ortopédica (YONAMINE E TRELHA, 2009). O que pode levar a reflexão de que se a ESF no município de Campos dos Goytacazes-RJ não tivesse sido extinta, poderia se ter uma menor procura por esta especialidade nos hospitais.

Ainda na especialidade de fisioterapia traumato-ortopédica, os resultados obtidos dos hospitais pesquisados, se assemelham aos resultados encontrados no estudo realizado por Martins (2008), que mostrou que a demanda de atendimentos fisioterapêuticos nos hospitais públicos de Campinas-SP, foi de 472,5 e nas UBS 419 atendimentos/mês; o que chama a atenção para os atendimentos de fisioterapia

que são realizados pelas UBS em relação aos realizados pelo hospital. O que leva a inferir que se as equipes da ESF estivessem ainda funcionando no município de Campos dos Goytacazes-RJ, os atendimentos de fisioterapia poderiam estar sendo realizados por estas equipes, diminuindo e ordenando a demanda para os hospitais estudados.

Sabe-se que uma das prioridades da Política Nacional da Atenção Básica (Felisberto, 2006) é atenção à saúde da mulher, e que o atendimento ginecológico seja garantido pelas equipes da ESF, sendo realizado pelo médico e/ou enfermeiro de saúde da família. Como se pôde observar no capítulo dos resultados, após a extinção da ESF, os atendimentos na especialidade médica de ginecologia, em todos os hospitais estudados, aumentaram mais de 50%. Isto pode estar ocorrendo devido à falta de oferta deste tipo de atendimento, uma vez que não há disponibilidade do serviço em uma dada localidade, há a tendência de procura em outros locais. Estudo realizado por Carvalho et al (1994), em três hospitais públicos do Rio de Janeiro, mostra que os problemas ginecológicos e as consultas de pré-natal, juntos, são a maior causa de procura ao serviço entre mulheres na faixa etária reprodutiva, tanto no CMS-Ramos, onde são responsáveis por 25% das consultas, como no PAM-Ramos, com 35% do total. Estes dados apontam para a importância de uma política de atenção primária voltada para este grupo, e que a ESF poderia ser a estratégia mais adequada para esta implementação.

Ainda sobre a especialidade médica ginecologia e sua importância, foi colocada por Locks (2002) que traz em seu estudo que as consultas de ginecologia e planejamento familiar ofertadas na cidade de Florianópolis-SC no ano de 2000 permaneceram com ocupação de 100%. Ele traz ainda, que a indisponibilidade de consultas de ginecologia/obstetrícia nas UBS dos municípios da Grande Florianópolis, afeta a resolubilidade da rede municipal e tem reflexos na Central de Marcação de Consultas, sobrecarregando a mesma com usuários que deveriam ter seu problema de saúde resolvido na rede básica (LOCKS, 2002). Comportamento semelhante ao do município de Campos dos Goytacazes, já apresentado no parágrafo acima.

O presente estudo mostrou um aumento da demanda ambulatorial da especialidade médica geriatria, nos três hospitais pesquisados, após a extinção da ESF, sendo o HP o que mais aumentou sua demanda, 35,32%, totalizando 260 atendimentos a mais em relação ao período comparado, o que pode ser explicado

pelo acesso facilitado, devido este hospital ficar localizado numa área central do município de Campos dos Goytacazes-RJ, facilitando a chegada dos usuários.

De acordo com Lourenço et al (2005), com a demanda crescente do segmento etário mais envelhecido, a rede de serviços de saúde deve adaptar-se ao atual perfil demográfico e epidemiológico, ampliando a oferta de atendimento especializado de geriatria com forte enfoque na reabilitação. A rede de atenção básica deve ser capaz de identificar idosos fragilizados, isto é, aqueles com maior risco de desenvolver incapacidade funcional. Deve ainda, acompanhar de forma eficiente os de menor risco, paralelamente ao desenvolvimento de ações e atividades de educação e promoção de saúde. Pode-se inferir que se as equipes da ESF estivessem ainda funcionando no município de Campos dos Goytacazes-RJ, os atendimentos de geriatria poderiam estar sendo realizados por estas equipes, diminuindo e ordenando a demanda para os hospitais estudados.

Os três hospitais estudados nesta pesquisa apresentaram aumento em sua demanda de consultas na especialidade médica de traumatologia-ortopedia, após a extinção da ESF, no município de Campos dos Goytacazes-RJ. O HP foi o que apresentou o maior percentual, 41,78%, totalizando 887 atendimentos a mais em relação ao período comparado. O aumento da demanda por esta especialidade pode estar relacionado à interrupção do trabalho realizado pela ESF, que se dá no nível de atenção primária, realizando atividades de promoção e prevenção, minimizando os problemas traumato-ortopédicos que envolvem as atividades laborais não puderam ser resolvido neste nível de atenção, provocando uma procura por este tipo de atendimento na unidade hospitalar. Mendonça e Guerra (2006) falam sobre isso apontando que os distúrbios cinético-funcionais levam a sintomas traumato-ortopédicos, comumente encontrados em pacientes que desenvolvem atividades profissionais.

Um estudo realizado por Machado e Nogueira (2008) na cidade de Teresina-PI, mostrou que 41% dos usuários procuraram o atendimento nos serviços devido a queixas relacionadas com ortopedia e traumatologia, o que evidencia a importância da ampliação da oferta deste serviço, e que a atenção básica seria uma forma de efetivar esta ampliação.

10 CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como proposta analisar a demanda de atendimentos na rede de saúde hospitalar do município de Campos dos Goytacazes – RJ, de três especialidades fisioterapêuticas – Neurologia, Neuropediatria e Traumatologia-Ortopedia, e de três especialidades médicas – Geriatria, Ginecologia e Traumatologia-Ortopedia, e suas as possíveis consequências após a extinção da ESF.

Para a realização deste estudo foi feito levantamento dos registros no banco de dados do Sistema de Informação utilizado para a marcação de consultas dos hospitais estudados, nas três especialidade fisioterapêuticas e médicas já mencionadas. Não foi possível obter informações sobre os atendimentos realizados pelas equipes de ESF, para fins de comparação com os achados no banco dos hospitais estudados, o que limitou este estudo, uma vez que, não foi possível qualificar as conseqüências de extinção da ESF, no Município de Campos dos Goytacazes.

Os resultados mostram que houve um aumento dos atendimentos na rede hospitalar estudada, nos anos subseqüentes à extinção da ESF no município de Campos dos Goytacazes, que podem estar associados à extinção da estratégia. Sem a oferta de serviços pela ESF, a população ficou apenas com a prestação de serviços da rede fixa de saúde. Além disso, a população teve o acesso restringido à promoção da saúde, a prevenção de doenças e aos atendimentos do nível de atenção básica.

Neste estudo, os resultados encontrados podem levar os gestores do Município de Campos refletirem sobre como a falta da assistência básica à população, pode aumentar a demanda por serviços na rede hospitalar. A demanda estudada aqui, dos atendimentos fisioterapêuticos na rede hospitalar de assistência a saúde, leva a crer que é de caráter eminentemente reabilitador e curativo, o que caracteriza a assistência no nível secundário, não há nenhuma intervenção baseada nos princípios da atenção básica a saúde.

Espera-se que vários outros estudos surjam, a partir do que timidamente foi tratado aqui, a fim de que sejam complementados aspectos não contemplados nesta pesquisa, como: satisfação do usuário, qualidade dos procedimentos, tempo de

espera para marcação de consultas.

E também espero que outros estudos por demanda de serviços na rede de assistência hospitalar a saúde do município possam ser feitos, com outras especialidades, a fim de levantar dados para novas propostas de implementação.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRIA, F. O. O que é PSF? Fortaleza CE, 2000.

ALBUQUERQUE, M. A. L.; CARVALHO, V. C. P. O Papel do Fisioterapeuta no Programa de Saude da Família. **Revista Inspirar**, v.1, n. 2 p. 15-19, ago/set, 2009.

ALMEIDA, MF; BARATA, RB; MONTEIRO CV; SILVA, ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, **Bra- Cienc Saude Colet**, v.7, n.4, p.743-756, 2002.

AMORIM, P.R.S. ; MIRANDA M. ; CHIAPETA, S. M. V. ; GIANNICH, R. S. ; SPERANCININ ; Oses A. Estilo de vida ativo ou sedentário: impacto sobre a capacidade funcional, **Revista Brasileira de ciências do Esporte**, v. 23, n. 3, p. 49 –63, 2002.

ANDRADE, C. **Afastamento e Cancelamento do Programa de Saúde da Família em Campos dos Goytacazes**. Out./2008. <http://noticias.pgr.mpf.gov.br/> Acesso em: 22 out. 2009.

ANDRADE, C. **Prefeitura realiza IV mostra do Programa de saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes**. <http://www.campos.rj.gov.br/noticia.php?Id=8895> Out./2006. Acesso em: 22 out. 2009.

ANDRADE, F.M. O Programa de Saúde da Família no Ceará. Expressão Gráfica. Editora Ltda. 1ª ed. Fortaleza, 1998.

ANDRADE, L.O.M. *et al.* Estratégia Saúde da Família em Sobral: Oito anos construindo um modelo de Atenção Integral à Saúde. **Rev. de políticas públicas – SANARE**. Sobral, n 1, p. 9, 14-19, 33, jan- mar, ano V, 2004.

ARRUDA, A. D. et al. A importância da inclusão da fisioterapia no programa de saúde da família. Universidade Federal da Paraíba. **Artigo eletrônico...** Disponível em: <<http://www.prac.ufpb.br/anais/saude/fisioterapia.pdf>> acesso em: 26 out. 2009.

AVOLIO, Gabriela Pereira. Fisioterapia no PSF: Uma Proposta de Ação para o Município de Cabo Frio, Estado do Rio de Janeiro. 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2007.

BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M. S. M. Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das equipes de Saúde da Família: reflexos a partir da prática no Pólo Paraná. **Rev Olho Mágico**. Londrina, v. 8, n.2, p.17-20, 2001.

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

BÓS AMG, BÓS AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. Saúde Pública**. v.38, n.1, p.113-120, 2004.

BRASIL. Constituição Brasileira. Brasília: Imprensa Oficial; 1988.

_____. DECRETO-LEI 938. Provê sobre as profissões Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1969; 14 out.

_____. A.C.O. et al. O Papel do fisioterapeuta do programa de saúde da família de Sobral-Ceara. **Revista Brasileira em promoção a Saúde**, Universidade de Fortaleza Brasil, v. 18, n 001, p 3-6, 2006.

_____. Resolução COFFITO nº. 08. A prova às normas para habilitação ao exercício da profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1978; 13 nov.

_____. MINISTÉRIO DA AÇÃO SOCIAL. Material III, Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmações de princípio e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. p 20.

_____. _____. Portaria nº. 1065/GM de 04 de julho de 2005

_____. _____. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008.

_____. _____. Portaria nº. 154, de 18 de março de 2008.

_____. _____. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília. 2ª ed. Janeiro, 1999.

CARVALHO, M. S.; d'ORSI, E.; PRATES, E. C.; TOSCHI, W. D. M.; SHIRAIWA, T.; CAMPOS, T. P.; ELL, E.; GARCIA, N. L.; JUNQUEIRA, A. P.; SERRÃO, S. A. & TAVARES, E. L. A. Survey of Demand for Medical Care in Three Public Health Clinics in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 17-29, Jan/Mar, 1994.

CASTRO, S.S., CIPRIANO JUNIOR G., MARTINHO, A. Fisioterapia no programa de Saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Revista Fisioterapia e Movimento**, v.19, n.4, p 55- 62 2006.

CECCATO, M. W. et al. O papel do Fisioterapeuta na atenção primária a saúde em comunidades de baixa renda. **Revista. Fisioterapia em Movimento**, 1992; IV (2).

CECILIO, L. C. O. Modelos Tecno-Assistencias em Saúde: Da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p 1-14, 1997.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – **COFFITO**. Resolução COFFITO 80, de 9 de maio de 1987. Baixos atos complementares à Resolução

COFFITO 8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO 37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União n.º 093, Brasília, DF, 21 maio 1987. Seção I, p. 7 609.

_____. 12º Conferencia Nacional de Saúde - a saúde que temos o SUS que queremos. **Revista O Coffito** 2003; 20: 4-11.

_____. Resolução COFFITO 10, de 3 de julho de 1978, relativo ao Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Brasília, DF, 3 Jul. de 1978.

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5º região. **Leis e atos normativos das profissões Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional**. Porto Alegre: 1997.

COSTA J. L., FILGUEIRAS, M.C., OLIVEIRA, J.B.B. A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários, *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v.2, n.1, p.2-7, jan-jun, 2009.

DELIBERATO, P. C. P. Atuação Preventiva em saúde e Atuação preventiva em fisioterapia. **Fisioterapia Preventiva: fundamentos e aplicações**. 1º ed., São Paulo: Manole, 2002. p.3 e 86.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 3º ed. Campinas: Autores Associados, P. 129, 1998. Estimativas da população para 1º de julho de 2008 (PDF). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), agosto de 2008. Acesso em 5 de abril de 2010.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.3, p. 553-563, 2006.

FERREIRA, F. N. et al. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. **Revista Saúde. Com**, v. 1, n. 1, p. 35-43, 2005. Ministério da Ação Social. Material III, Brasília, 1992.

FIEDLER, M. M. Prevalência de baixa capacidade funcional entre idosos residentes na zona urbana de Juaçaba, Santa Catarina. Tese de Mestrado, Universidade do oeste de Santa Catarina, Juaçaba, 2004.

FELICIO, D. N. L. et al. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. **Revista Brasileira em Promoção a Saúde**. Fortaleza, v. 18, p. 64-69, 2005.

FONTINELE JUNIOR, K : **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**, AB Editora, Goiânia, GO, 2003.

FREITAS, M.S. A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional. 2006. Tese

(Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GOIS, A.L.B. VERAS R.P. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.9, n. 2 p. 4-61, 2006.

GORDILHO A, SÉRGIO J, SILVESTRE J, RAMOS LR, FREIRE MPA, ESPÍNDOLA N et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: **UnATI/UERJ**; 2000.

HAAS, D. A evolução da assistência a saúde pública no Brasil e a interação da fisioterapia no contexto atual. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, 2003. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/projetos/erf/monografias/2003/mono/04.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2010.

IBANEZ, N; ROCHA, JSY; CASLTRO, PC; RIBEIRO, MCSA; FORSTER AC; NOVAES MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção no Estado de São Paulo. *Cienc Saúde Coletiva*.v.11, n.3, p. 683-703, 2006.

JORNAL O DIARIO, acesso em 1 de agosto de 2009.

JÚNIOR. K. F. **Programa de Saúde da Família PSF comentado** em Goiânia; AB editora, 2003, p. 13- 25.

KILSZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista de Associação Médica Brasileira**. v.47, n.4, out./dez..1998.

LALONDE, M. A. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services; 1974.

LIMA-COSTA M.F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Roquayrol M.Z., Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e a Saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003

LIMA-COSTA M.F, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. **Cad Saúde Pública**.v.19, n.3, p.735-743, 2003.

LINS, A M C. MOURA, G J. CAMPELO, G O. OLIVEIRA, E D. **Atuação da Fisioterapia no programa saúde da família (psf), fundamentada do projeto piloto reabilitação baseada na comunidade (rbc)**. Recife PE. Março 2001.

LISBOA. F. **Situação atual da Saúde é uma das mais difíceis**. Nov./2008 <http://www.campos.rj.gov.br/noticia.php?id=15642>, acesso em: 20 fev. 2010.

LOCKS, M.T.R. Central de marcação de consultas da grande Florianópolis: *Um estudo de caso*. **Centro de ciências da Saúde**, Programa de pós-graduação em saúde pública, Universidade Federal De Santa Catarina Florianópolis, junho de 2002.

LOTH, E. A. ; BERTHOLINE G. R. F. O perfil das idosas avaliadas no ambulatório de fisioterapia em geriatria da Universidade Estadual do Oeste do Pará. **Reabilitar** v. 7, n. 26, p. 11-16, 2005.

LOURENCO, R. A; MARTINS, C. S. F; SANCHEZ, M.A.S; VERAS, R.V. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática. **Revista de Saúde Coletiva**. v.1, n. 1, 1991.

MACHADO, N.P.; NOGUEIRA, L.T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 5, p. 401-8, set./out. 2008.

MARTINS, T.; ANDERY, S. C.; CUPOLA, V.; GEMME, C. N. A experiência da Faculdade Comunitária de Campinas-FAC 3 nos diversos campos da atenção em saúde: enfoque quantitativo. **Anuário de Produção Acadêmica Docente**. v.2, n.3, 2008.

MASSAD, E; MENEZES, R. X; SILVEIRA, P. S. P.; ORTEGA, N.R.S. Métodos Quantitativos em Medicina, 1º ed. São Paulo: Manole, 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

MENEZES, R. G. Fisioterapia social, uma excepcionalidade acadêmica? **O coffito**, n. 10, p. 3, 2001.

MENDONCA, KMPP, GUERRA, RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a Fisioterapia. **Revista Brasil Fisioterapia**. V.11, n.5, p.369-76, 2007.

MIGUEL, R. A **Fisioterapia no Programa Saúde da Família**: Reflexões a partir das experiências no Município de Macaé RJ. Nov 2004.

MITSUICHI, M.L.B.; JAMUSSI S.G.; MARTINS E. F. Intervenções Fisioterapêuticas e podológicas nos pés de idosos podem propiciar marcha mais segura. **Fisioterapia Brasil**, v. 6, n. 1, Jan / Fev, 2005.

MORAES, J. R. et al. A atuação da fisioterapia no programa de saúde da família (PSF). **Revista Reabilitar**: São Paulo, v. 3, n. 10, p. 27-30, 1º trimestre 2001.

NARANJO, J. L. R. ; ESTRADA, L. C. ; FERRA, R. R. ; JIMÉNEZ, I. P. ; RIVERO; J. L. P. Autonomia e validismo en la tercera edad. **Revista Cubana Med Gen. Integr.** v. 17, n. 3, Ciudad de La Habana Mayo- jun, 2001.

NASSIF, L. A municipalização da saúde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 21, jan.,1998.

OLIVEIRA J. C. P.: PEDLOWSKI, M. A. Estado local e seus impactos na produção de habitações populares: uma avaliação das políticas habitacionais realizadas pelo poder público municipal em Campos dos Goytacazes, RJ. **Congresso Internacional de Sustentabilidade e Habitação de Interesse Social**, Porto Alegre, Maio de 2010.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA. N. A. Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (sup): 297-305, 2005.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p473-482.

PAIM, J.S.; ALVES FILHO. N, A. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev de Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, n.4, p. 299-316, 1998.

PAULA, F. L. ; ALVES, E. D. J. ; NEVES, M. A. O. ; SILVA, J. G. ; MACHADO, D. ; BASTOS, V. H. Eficácia dos exercícios de Tai Chi Chuan na prevenção do risco de quedas em idosos. **Fisioterapia Brasil**, v. 7,n. 2, p. 155-158, 2006.

PEREIRA FWA, MANGUEIRA JA, MONTEIRO MPA, VÉRAS MMS, LIMA VCS, BARROCAS TC. A inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE. **Revista. Sobralense de Políticas Públicas**, p.94- 100, 2004.

PERRACINI, M. R. ; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

PINHEIRO,RS, TRAVALSOS C. Inequality in health care use by the elderly in three districts in the city of Rio de Janeiro. **Cad Saude Pública**. v.15, n.3, p.487-96, 1999.

RAGASSON, C.A.P. *et al.* Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. Paraná: Unioeste, 2003.

RAGASSON, C.A.P. *et al.* Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. Artigo eletrônico, 2007. Disponível em: <http://scholar.google.com.br>> Acesso em: 26 out. 2009.

REBELATTO, J.R; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil**. Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2 ed. São Paulo: Manole, 1999.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da Saúde da Família; uma reflexão sobre o papel do Fisioterapeuta. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (supl.1): 1403-1410, 2009.

RIBEIRO, K. S. Q. A atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde – reflexões a partir de uma experiência universitária. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 3, n. 5, p. 311-318, set/out. 2002.

RIBEIRO, K. S. Q. S. **Fisioterapia na Comunidade**: buscando caminhos na Atenção primária a partir de um projeto de extensão universitária, Paraíba, 2001.

RIGO, J.C. Causas de internação hospitalar em idosos com mais de 80 anos no HSL/PUCRS. **Rev Med PUCRS** 2003 jul/set;13(3):316.

ROBBINS, S. L. ; COTRAN, R. S. ; KUMAR, V. ; COLLINS, T. **Fundamentos de Patologia Estrutural e Funcional**. 6 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2001.

ROCHA, G. G. O Fisioterapeuta como gerador e implementador das ações de saúde pública. Crefito 8. 27 ago 2004. Disponível em:<http://www.crefito8.org.br/not_det.php?cod=22>. Acesso em: 28 out, 2009.

RONCALLI AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal [tese doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2000.

ROUQUAYROL. M. Z.; FILHO. N.A **Epidemiologia e Saúde**. 6ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

RUBINSTEIN, L. Z. ; POWERS, C. ; MACLEAN, C. H. Quality indicators for the Management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. **Ann Intern Med**, v. 135, n. , p. 686 – 693, 2001.

SABROZA, P. C. **Concepções de saúde e doença**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

SAMPAIO RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Fisioterapia em movimento**. v. 15, n. 1, p. 19-23, abr./set., 2002.

SANTOS, F.A.S.S.; NETO, J.S.L.; RAMOS J.C.L.R.; SOARES, F.O. Perfil Epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa de Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE, **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v.14, n.3, p 50-54, 2007.

SANTOS SAS, MENEGHIM MC, PEREIRA A análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do município de Campos dos Goytacazes/ RJ Brasil, **Revista de odontologia da UNESP**, v. 36, n.2, p.169-174, 2007

SASSI MR, BÉRIA JU. Utilización de los servicios de salud: uma revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**. v.17, n.4, p. 819-832, 2001.

SEGURA , J. L. P.; PISÓN, P. L.; DIAGO, R. C.; NAVARRO, T. A.; CALLAU, L. N.; ARDISA, P. V.; LÓPEZ PISÓN, J. L. Qué es la Atención Temprana? Atención Temprana y el pediatra de Atención Primaria. **Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria**. v.38, n.2, mayo-agosto 2008.

SERRA, C.G. Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para a consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro. 2003.204f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, A.C. O impacto do Programa de Saúde da Família no Município de Sobral Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo. 2003.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de Fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (6): 1673-1681, 2007.

SCHWINGEL, G. A fisioterapia na saúde pública: um agir técnico, político e transformador. IN: BARROS, F. B. M. (Org.). **O Fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. 241 p.

SOARES, Lea B. Teixeira. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1991.

SOUZA, R. R. A população em primeiro lugar. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 1999; 4-5.

SOUZA, S.P.S. A inserção dos médicos no serviço público de saúde. Um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, UERJ, 2001.

THOMAZ, P. **Alerj discute paralisação do PSF em Campos dos Goytacazes**. Out./2008. <http://www.campos.rj.gov.br/noticia.php?Id=14307> acesso em: 22 nov. 2009.

TRELHA, C. S. *et al.* O Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família em Londrina (PR) **Revista Espaço para Saúde, Londrina**, v.8, nº. 2, p 20-25, jun. 2007.

VERÁS, M.M.S *et al.* O Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. In: BARROS, F.B.M. **O Fisioterapeuta na Saúde da População: Atuação transformadora**. 1º ed., rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002, p. 185-192.

VERÁS, M.M.S *et al.* A Fisioterapia no Programa Saúde da Família de Sobral CE. **Revista Fisioterapia Brasil, atlântica**, v.6, nº. 5, p 345-348, set- out. 2005.

VIANA, A L.; Dal Poz, M.R. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social-UERJ. Estudos em Saúde Coletiva n.166, outubro 1998. 35p.

WESTIN, V. Fisio Agita em Jaguariúna traz benefícios à população. **Faculdade Jaguariúna**.SãoPaulo,abr.2007.Disponívelem:<http://www.faj.br/news.php?id=100279>
Acesso em: 27 out, 2009.

World Health Organization. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: Wolrd Health Organization; 1978.

VELLOZO, V. R. O. ; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho reconstruído. In: BODSTEIN (Org.) **Serviços Locais de Saúde**: Construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.97-117,1993.

YONAMINE, C.Y;TRELHA; C. S. O modo de fazer saúde: a fisioterapia na residência Multiprofissional em saúde da família em uma unidade básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 17-27, dez. 2009

ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

<http://www.campos.rj.gov.br/noticia.php?id=8310>, acesso em 27 de abril, 2010.

ANEXOS

Autorização para Comitê de Ética

Eu Diogo de Almeida Lyra, CPF 08361688790, identidade10460448-3, expedição IFP, Brasileiro, casado, residente na Rua São Jerônimo nº 450 bloco II apto 203, Parque Rosário, Campos dos Goytacazes, RJ, aluno do curso Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, Campus Lapa, RJ, matrícula nº 2009.03.0005-1.

O título da dissertação: Consequências da extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência Fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no município de Campos dos Goytacazes, RJ.

Venho através de este solicitar ao Sr. Representante do Hospital que presta serviço a rede de saúde do Município de Campos dos Goytacazes, que permita que eu utilize o banco de dados para a pesquisa da minha dissertação.

Área de estudo: Diagnósticos Locais e Cuidados Básicos em Saúde da Família

Hospital Pro Clinicas: _____;

Hospital Geral de Guarus: _____;

Hospital dos Plantadores de Cana: _____;

Cordialmente; _____;

Aluno: Diogo de Almeida Lyra