

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCIA REGINA GUEBERT

INCLUSÃO DA FISIOTERAPIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE LAPA-PARANÁ

Lapa
2011

MARCIA REGINA GUEBERT

INCLUSÃO DA FISIOTERAPIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE LAPA-PARANÁ

Projeto Técnico apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista em
Gestão Pública em Saúde.

Orientador: Prof. Valéria Cabral Neves

Lapa
2011

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Listagem de material permanente.....	18
TABELA 2 – Listagem de material de consumo.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	– Ações Integrals de Saúde
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
CAIC	– Centro de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente
COFFITO	– Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASP	– Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
ESF	– Equipes de Saúde da Família
ESFP	– Equipe de Saúde da Família Piloto
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
IAPAS	– Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	– Índice de Desenvolvimento Humano Médio
INAMPS	– Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
Km	– Quilômetro
MS	– Ministério da Saúde
NAISF	– Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PR	– Paraná
PSF	– Programa de Saúde da Família
R\$	– Reais
SAMHPS	– Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social
SIAB	– Sistema de Informações de Atenção Básica
SINPAS	– Sistema Nacional de Previdência
SUS	– Sistema Único de Saúde
TENS	– Eletroestimulador Transcutâneo
UBS	– Unidade Básica de Saúde
US	– Ultrassom
USP	– Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
1.1	APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	6
1.2	OBJETIVO GERAL DO TRABALHO.....	8
1.3	JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO.....	8
2	REVISÃO TEÓRICA EMPÍRICA.....	10
3	METODOLOGIA.....	14
4	A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA.....	15
4.1	DESCRIÇÃO GERAL.....	15
4.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	17
5	PROPOSTA.....	18
5.1	DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	18
5.2	PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	19
5.3	RECURSOS.....	20
5.4	RESULTADOS ESPERADOS.....	22
5.5	RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	23
6	CONCLUSÃO.....	24
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
	ANEXOS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 com o intuito de oferecer atenção básica mais resolutiva e humanizada, tendo por meta a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Esta estratégia é operacionalizada mediante equipes compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), baseados em uma unidade básica de saúde (UBS), a qual pode conter até oito equipes. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de até 1.000 famílias.

O município de Lapa-PR, possui uma população de 41.838 indivíduos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2000), destes 42,47% residentes no interior caracterizando-se como um município agrícola, sendo ligada por 3.000 km de estradas rurais, sua extensão é de 2.093,89 Km² (Lapa, 2011). O sistema de transporte público não abrange todas as comunidades do interior e os locais aos quais chega não são diários e oferecem apenas um horário de saída para a cidade e um de retorno, dificultando o acesso dos usuários ao sistema de saúde. Os pacientes que necessitam de atendimento na unidade básica de saúde com dificuldade de locomoção podem solicitar o transporte fornecido pela prefeitura por meio de agendamento, entretanto este não é suficiente para a alta demanda. Além disso, a baixa condição financeira e a dificuldade de transporte, associados à lista de espera ocasionam uma demanda reprimida, demanda esta de pacientes que necessitam do tratamento, mas não tem acesso ao mesmo, conforme destaca Miguel:

Essas dificuldades, muitas vezes impossibilitam o acesso ao tratamento, pois há ocasiões em que a pessoa, mesmo conseguindo uma vaga no serviço de fisioterapia, não tem condições financeiras e/ou físicas de se deslocar continuamente até o serviço, perdendo a oportunidade de recuperação e agravando o problema. (Miguel, 2005, 3p.)

Existem sete Estratégias de Saúde da Família (ESF) implantadas no município de Lapa-PR sendo estas: Pedra Lisa, Feixo, PSF Vila São José, Água Azul, São Bento, CAIC, Dr. João Candido Ferreira, conforme informações e relatório da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO 1), envolvendo 86 profissionais de saúde.

Dentro da saúde pública a fisioterapia destaca-se no trabalho de prevenção e orientação, sendo apta para planejar, programar, ordenar, coordenar e executar métodos e técnicas fisioterapêuticas podendo integrar a equipe multiprofissional e interdisciplinar da atenção básica no ESF. A prevenção busca reduzir ao mínimo o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar através da conscientização dos pacientes e familiares quanto às limitações do tratamento e importância do compromisso com o mesmo. Para tanto, orientam os usuários quanto aos acidentes domésticos, facilitam a acessibilidade, realizam palestras, utilizam técnicas inerentes à profissão, entre outros.

Com a prestação deste serviço nas equipes de ESF além da redução esperada de demanda na referência, pretende-se aumentar o vínculo do fisioterapeuta com o paciente e sua família, bem como orientá-los e conscientizá-los da necessidade da conduta domiciliar no progresso e benefício do tratamento, a maioria dos pacientes que necessitam de continuidade em seus tratamentos não seguem as recomendações e/ou exercícios passados durante o tratamento anteriormente realizado, conforme relatos dos fisioterapeutas lotados na clínica de referência. A conduta domiciliar é imprescindível para a evolução satisfatória do quadro dos pacientes crônicos principalmente com seqüelas neurológicas.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

O presente projeto tem como objetivo incluir o fisioterapeuta nas equipes de ESF do Município de Lapa – PR, tendo como finalidade focar a prevenção de agravos, reabilitação, manutenção da saúde, avaliações e orientações aos indivíduos cadastrados nas equipes de ESF, em consequência a otimização do atendimento realizado na clínica de referência e desoneração para a Secretaria de Saúde através da redução da necessidade de medicamentos, exames e consultas especializadas.

1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

A fisioterapia, segundo o COFFITO, é uma ciência da saúde que previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, o profissional fisioterapeuta está capacitado para atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

A Lei nº 8.080 da Constituição Federal promulgada em 1988 em seu artigo 2º, § 1º relata que:

[...] dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Ainda em seu artigo 5º considera como um de seus objetivos a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Ressaltando

ainda as diretrizes do SUS: universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e a participação da comunidade.

O ESF busca reduzir o hiato entre os direitos garantidos em lei e a capacidade do governo em proporcionar ações e serviços públicos de saúde à população brasileira. Mesmo preconizando a descentralização, o modelo assistencial predominante no país é o hospitalocêntrico, com certo abandono da prevenção e promoção da saúde em todas as dimensões.

Diversas pesquisas revelam que as UBS tendo seu funcionamento adequado, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população, o restante dos usuários necessitará de atendimento em ambulatórios de especialidades e um pequeno número de atendimento hospitalar (Revista de Saúde Pública, 2000).

A fisioterapia encontra-se inserida no ESF de alguns municípios brasileiros, esta não é uma realidade da maioria, decorrente principalmente da não obrigatoriedade da presença da mesma nas equipes, mesmo porque não se tem o conhecimento da real necessidade da atuação do fisioterapeuta nestas equipes em 100% dos municípios nacionais ou quais seriam os fatores indicativos para a inclusão dos mesmos na ESF.

A atuação do fisioterapeuta na equipe de ESF permite unir a prevenção com a reabilitação através de trabalho aplicando as técnicas inerentes à profissão, da observação e orientação do usuário e sua família. Os domicílios mais humildes muitas vezes necessitam de adequações para suprir as necessidades de seus moradores portadores de deficiência ou necessidades especiais as quais seus moradores sozinhos não conseguem realizar. O aprendizado e incentivo de hábitos de vida podem ser transmitidos por estes profissionais, entre outros programas e tratamentos necessários a melhoria da qualidade de vida.

A inclusão do fisioterapeuta na equipe de ESF teria por finalidade focar a prevenção de agravos, a reabilitação e manutenção da saúde, por meio de técnicas inerentes, avaliações e orientação ao paciente e à família, otimizando o atendimento realizado na clínica de referência, oferecendo atendimento de qualidade com maior

agilidade e rapidez. Segundo Barros (2002) em algumas regiões brasileiras a inserção da fisioterapia no PSF enriquece e desenvolve os cuidados e saúde da população.

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

A política de saúde brasileira passou por várias alterações, do início do século XX até 1965 era conhecida como Período do Sanitarismo Campanhista, a saúde era baseada na teoria dos Germes, apenas em patologias monos-causais, não eram considerados pré-disposições genéticas ou fatores psicológicos, foi o período das grandes epidemias como a varíola, cólera e malária. Não havia assistência médica aos pobres, esta era apenas realizada pelas casas de caridade e benzedadeiras, somente os ricos obtinham atendimento médico.

De 1966 a 1987 o Brasil viveu o Período da Assistência Médica Assistencial-Privatista, tendo como grande marco a criação do SINPAS composto por INPS, IAPAS, INAMPS, o qual buscava a unificação das instituições previdenciárias setoriais, realizava a contratação de mão de obra privada dos serviços de saúde, expandindo a oferta destes, como consequência desta política privatizante tornou-se evidente a diminuída capacidade do controle dos serviços contratados e a falta do planejamento racional, ocasionando o aumento dos custos e fraudes.

Na década de 70 o aumento da cobertura do sistema de saúde, a adesão de grupos de trabalhadores e o aumento de serviços médico-hospitalares acarretaram o aumento de custos. O Plano de Pronta Ação (1974) e a Lei do Sistema Nacional de Saúde (1975) tentaram organizar a oferta de serviços de saúde, mas sem eficácia. Na década de 80 a crise financeira brasileira juntamente com a dificuldade de fornecer um sistema de saúde adequado e universal levou o governo a tomar providências para conter as fraudes e a expansão dos contratos com prestadores governamentais. O Decreto n. 86.329/81 cria o CONASP com a missão de reorganizar a assistência

médica e o sistema financeiro da saúde, tendo como seus principais programas o Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) (CARVALHO, 2010).

Como descrito por Carvalho & Barbosa (2010) o SAMHPS permitia melhorar o controle institucional sobre os gastos hospitalares, disciplinando o financiamento e controle da rede assistencial. Os AIS constituíam o principal meio de mudanças estratégicas do sistema revitalizando e racionalizando a oferta do setor público, dando início a um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada entre as esferas governamentais.

A Nova República (1985) correspondeu a um período de debates sobre as organizações sociais, políticas e econômicas, formulando a estratégia da descentralização de competências, recursos e gerência, como resultado deste processo ocorreu a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, marco importante na reforma sanitária, incentivando a universalização do acesso a saúde, equidade de atendimento, integralidade de atenção e participação popular.

Com a nova constituição de 1988 foi instituído o SUS, tendo seus fundamentos pré-estabelecidos na VIII Conferência de Saúde. A conferência formulou conceitos, critérios quanto ao sistema de saúde vigente e a uma agenda de mudanças denominada de Agenda da Reforma Sanitária, consagrando assim a saúde como direito universal e como dever do Estado. Para reforçar esta idéia a Constituição Federal estabeleceu a Seguridade Social detalhada na Lei N. 8142/90 que regulamenta a participação popular através dos Conselhos de Saúde (federal, estaduais e municipais).

No final do governo Sarney (1990) o INAMPS foi transferido para o Ministério da Saúde. Já no governo de Fernando Collor a Norma Operacional Básica de 1991 (NOB-SUS 91) foi o ato normativo de caráter nacional que centralizou o sistema para o plano Federal proporcionando pouca independência às esferas estaduais e municipais, tendo adesão lenta e incentivos financeiros inconstantes.

Todavia a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 93) surgiu para implementação do SUS, após a IX Conferência Nacional de Saúde (1992) tinha como

lema “Municipalizar é o caminho”, foi estabelecido níveis progressivos de gestão local do SUS, introduzindo um conjunto de estratégias para a descentralização político-administrativa na Saúde, estabelecendo municipalização paulatina com critérios a serem cumpridos pelos municípios. Criou comissões intergestoras, representações municipais destacadas e atuantes.

Carvalho & Barbosa (2010) ressaltam que apesar do balanço positivo do SUS, desde a sua implantação, os municípios apresentavam alguns problemas como: ineficiente transferência de recursos financeiros e clareza nos critérios dos orçamentos das esferas competentes (federal, estadual, municipal).

A NOB-SUS 96 acelerou o processo de descentralização dos recursos federais em prol dos estados e municípios, concretizando a autonomia de gestão destas esferas, passando o município a ser o principal responsável pelos atendimentos em saúde de suas exigências e demandas.

Devido o processo de descentralização surge em 2002 um novo instrumento normativo de assistência a saúde, a NOAS-SUS 02 que promoveu a expansão do SUS, tendo o objetivo de definir o papel do gestor estadual como articulador de uma política de integração entre sistemas municipais de saúde, além de promover maior equidade na alocação de recursos e maior acesso da população às ações de saúde.

A regionalização é uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de equidade. Para o fortalecimento e estruturação do SUS, este conta com Secretarias Estaduais de Saúde as quais regulam e coordenam uma programação pactuada e integrada. O financiamento é o obstáculo importante do bom desempenho do SUS, pois possui recursos insuficientes, fontes instáveis e divisão de responsabilidades confusas.

Em substituição ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família, com a finalidade de oferecer atenção básica mais resolutiva e humanizada no país, através de estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais. Como atenção básica entende-se por um conjunto de ações no âmbito individual e

coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde através de atenção integral aos usuários.

Devido à expansão do PSF o governo emitiu a portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, onde ficou estabelecido que o programa é prioritário do MS para organização da atenção básica e que possui como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Esta estratégia busca um sistema de substituir a prática hospitalocêntrica, a qual era vivida no sistema de saúde, para uma política de saúde com valorização da prevenção e promoção da saúde.

O ESF permite, devido a um melhor conhecimento do usuário e pelo acompanhamento dos casos, ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos, sem isolar os procedimentos de alta complexidade, reduzindo os desperdícios. Não está centrado apenas em prestar assistência à doença, mas na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, através de uma atenção integral e em todos os níveis de complexidade. Vale salientar que é uma nova concepção na forma de trabalhar, proporciona à equipe de saúde maior entrosamento e colaboração recíproca nas ações e na busca constante por consenso entre seus membros, devendo todos os profissionais ainda aliar-se à família para o cumprimento da tarefa fortalecendo os vínculos e distribuindo as responsabilidades (BARROS, 2002).

O serviço é prestado por equipes compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, porém outros profissionais poderão incorporar a equipe conforme a as características e demandas dos serviços de saúde tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeuta, entre outros. Cada equipe pode ser responsável por no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas residentes no território de responsabilidade da USB, sendo que cada USB pode comportar até oito ESFs (BRASIL, 2011).

A portaria nº 1065/GM de 04 de julho de 2005 (ANEXO 2) cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), com finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde. Deve conter profissionais de diferentes áreas de conhecimento trabalhando juntamente com a equipe de ESF, atuando através de ações conjuntas como: troca de saberes e experiências, discussão de casos, intervenção junto à comunidade, às famílias e aos indivíduos, realização de atividades intersetoriais, entre outros. Estes núcleos devem conter quatro modalidades de ação em saúde: alimentação/nutrição e atividade física; saúde mental; reabilitação¹, podendo, o município, implantar as quatro modalidades ou separadamente conforme as necessidades locais e de recursos.

O fisioterapeuta iniciou suas atividades junto à equipe do PSF no Município de Camaragibe-PE em dezembro de 1994 com a implantação do núcleo de reabilitação do PSF Camaragibe, voltado a intervenção ambulatorial (LINS *et al*, 2001). Nos anos subseqüentes as cidades de Sobral-CE, Paracambi-RJ, Vitória-ES, Volta Redonda-RJ também incorporaram o fisioterapeuta às suas equipes de ESF.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o Sistema de Saúde atual e seu histórico. Foram levantados dados municipais a cerca do atendimento nos ESFs, por meio de relatórios fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, e na Clínica de Terapias Especializadas dispendo de informações e relatórios sobre os dados fisioterapêuticos no município de Lapa-PR.

1. Art. 7º Definir que a composição das diversas modalidades deve respeitar as definições a seguir: IV – Reabilitação – fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados. (MS, 2005).

4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

A Lapa originou-se de um pequeno povoado às margens da antiga estrada da mata (ligava Viamão-RS a Sorocaba-SP), por ser "pouso" dos tropeiros, recebeu em 1731 a denominação de Capão Alto, quando a capitania de São Paulo resolveu criar um registro para cobrança de pedágio de gado que transitava à margem do Rio Iguaçu, ficando então conhecida como Registro, somente após 239 anos denominou-se definitivamente o nome Lapa (LAPA, 2011).

O Município de Lapa é formado atualmente por três distritos: Lapa, sede do Município, ao centro; Mariental, a Leste e Água Azul, a Oeste. Segundo Lei Municipal, para fins censitários são consideradas áreas urbanas. Contudo, apenas a sede urbana da Lapa possui um perímetro urbano definido e aprovado pela Lei nº1439, de 01 de dezembro de 1998, Mariental e Água Azul são denominadas vilas¹.

O município está inserido na região metropolitana de Curitiba, integrando o segundo anel metropolitano, apresentando um crescimento populacional anual de 0,471% entre os anos de 1991 e 2000, com projeção populacional para 2020 de 45.610 habitantes².

A Lapa tem seu IDH-M variando entre 0,638 em 1991 a 0,754 em 2000, considerado médio conforme os critérios mundiais¹, obteve-se crescimento de 0,116 no IDH-M, 0,093 no IDH-M de longevidade, 0,259 no IDH-M de educação e 0,005 no IDH-M de renda. Estes valores caracterizam uma melhoria no setor de educação e uma estabilidade na renda da população. Conforme o plano diretor do município, este apresenta o número de leitos/habitante dentro dos limites da Organização Mundial de Saúde (OMS)².

1. Disponível em: <http://www.lapa.pr.gov.br>.

2. Segundo estudo do Iparde – Instituto Paranaense de Desenvolvimento

No campo da saúde o atendimento é realizado em vários estabelecimentos, distribuídos em municipais, estaduais e particulares. São 17 Postos de Saúde (ANEXO 3), 32 Unidades Particulares, 01 Hospital Geral, 01 Maternidade, 01 Pronto Atendimento, 05 Clínicas Especializadas, 04 Laboratórios de Análises Clínicas Particulares, 01 Farmácia Municipal, 11 Farmácias Particulares, 01 Unidade de Vigilância em Saúde e 01 Centro de Atenção Psicossocial³. A concentração dos equipamentos de saúde pública está na sede urbana, a área rural é atendida por postos de saúde localizados nas principais localidades rurais (ANEXO 4).

O Programa de Saúde da Família na Lapa-PR iniciou suas atividades em 2004, hoje encontram-se em funcionamento sete ESF, sendo quatro unidades rurais e três unidades urbanas. Conta com 86 profissionais de saúde entre Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Enfermagem, Médico da Saúde da Família, Enfermeiro da Saúde da Família, Cirurgião Dentista, Auxiliar de Consultório e Técnico de Higiene Dental. Proporciona benefícios a 22.561 indivíduos distribuídos em 6.642 famílias, estando na zona rural do município 10.979 indivíduos em 3.342 famílias, conforme os relatórios da Secretaria Municipal de Saúde ao SIAB no mês de Setembro de 2011 (Anexos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

O tratamento fisioterapêutico é oferecido na Clínica de Terapias Especializadas, situada à Rua Eduardo Correa Nº 35, Centro, neste projeto citada como clínica de referência, o serviço conta com quatro fisioterapeutas concursados, com carga horária de 30 horas semanais. O atendimento de fisioterapia ocorre apenas neste local não sendo realizado qualquer atendimento fora (em domicílio). Para realizar tratamento é necessária a prescrição médica, realizar triagem pelo fisioterapeuta o qual vai classificar a prioridade do quadro do paciente, para então integrar a fila de espera para atendimento. O tratamento é realizado conforme a necessidade do paciente (eletroterapia, termoterapia e cinesioterapia) oferecido em forma individual e em grupo

-
1. IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; entre 0,500 e 0,799 é considerado de médio desenvolvimento humano; IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto. IPEA, Fundação João Pinheiro e PNUD – Novo Atlas do Desenvolvimento Humano.
 2. Disponível em: <http://www.lapa.pr.gov.br/download/comunicacao/plano-diretor-2010.pdf>
 3. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=41&VMun=411320

com duração de 30 minutos a sessão, sendo realizadas 10 sessões/paciente/prescrição médica, devendo o mesmo, quando necessário, reiniciar o processo e aguardar novamente vaga para tratamento. O relatório do mês de Agosto de 2011 refere que 341 indivíduos estão na fila de espera, aguardando em média sete meses para início do tratamento (Anexo 12).

4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A cidade de Lapa-PR encontra-se na região metropolitana de Curitiba, com extenso território sendo em sua maior parte área rural ligado por várias estradas, de difícil conservação.

Há sete equipes de ESF atuando no município, sendo quatro rurais e três urbanos, envolvendo 86 profissionais de saúde. Prestando assistência a 22.561 indivíduos, destes 0,81% são deficientes, 1,68 % desenvolveram diabetes, 0,37% apresentam Epilepsia, 9,82% são hipertensos.

O serviço de fisioterapia é prestado apenas na clínica de referência com capacidade limitada e funcionamento em seu nível máximo, apresentando uma extensa e demorada fila de espera, dividida em várias categorias de pacientes. O atendimento restrito a esta unidade ocasiona uma demanda reprimida por várias dificuldades como: falta de informação sobre o tratamento, acamamento, incapacidade cognitiva, longa espera, vários retornos à lista, cronificação das patologias, entre outros. Os residentes em regiões distantes do centro podem encontrar dificuldade no deslocamento para o tratamento, em função das limitações físicas apresentadas por muitos, geradas por diversas patologias e/ou traumas, e dificuldades financeiras devido à necessidade de várias sessões durante o tratamento.

A necessidade do fisioterapeuta junto à atenção primária é indiscutível, podendo sua participação ser realizada de várias formas, valorizando a prevenção e

promoção à saúde, atitudes necessárias para redução do volume, complexidade e cronificação das patologias.

Devido à alta demanda na clínica de referência, e ao tratamento ofertado estar voltado para a reabilitação, para o curativo, muitas vezes a atenção primária, prevenção, não tem a oportunidade de ser aplicada como devido, falha esta que prejudica a todos de forma geral: pacientes, familiares e profissionais, os primeiros pela falta da informação necessária a melhora da qualidade de vida e ao último através da sobrecarga de trabalho.

5 PROPOSTA

5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

Este projeto tem como finalidade incluir o serviço de fisioterapia junto aos ESFs para em um primeiro momento auxiliar os profissionais da clínica de referência ao atendimento reabilitativo nos pacientes acamados e com dificuldades de locomoção ofertando o tratamento em domicílio, orientando os familiares e/ou colaboradores, adaptando a casa, os móveis, o trajeto, entre outros a fim de facilitar as tarefas e atividades da vida diária.

Em um segundo momento, o desenvolvimento de programas auxiliares ao tratamento com cunho preventivo também serão desenvolvidos entre estes podemos citar: programas aos portadores de distúrbios da coluna, programas à gestantes, programas para terceira idade, programas para diabéticos, programas para hipertensos, entre outros.

No terceiro momento, e não menos importante, dar-se-á início aos programas preventivos como: programa para adolescentes, programa para a saúde da mulher, programa para o trabalhador rural e muitos outros.

Concomitante a este trabalho individual, o fisioterapeuta atuará junto à equipe de ESF realizando treinamentos para a equipe, discutindo casos, realizando palestras, entre muitas outras atividades que surgirão conforme a necessidade da população e da equipe.

Vale salientar que, a atuação do fisioterapeuta deve ser de agente multiplicador de saúde, atuando com qualidade, resolutividade e em trabalho multiprofissional de acordo com as necessidades da sociedade.

5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

A implantação do fisioterapeuta na equipe de ESF será em etapas:

1. Contratação de um profissional fisioterapeuta (30 horas/semanais) para implantar o projeto piloto;
2. Escolha do ESF piloto (ESFP), preferência por ESF da zona rural devido a distância da clínica de referência, esta população é a mais carente da avaliação, orientação e tratamento fisioterapêutico;
3. Estudo do ESFP quanto às necessidades, maior índice de patologias, condições sanitárias, costumes, etc.
4. Reunião com a equipe de ESF para relação dos indivíduos com indicação de fisioterapia;
5. Visita e/ou avaliação fisioterapêutica, resolutividade do caso através de orientação ao paciente e familiar, treinamento da família, adaptação da moradia do paciente, encaminhamento à clínica de referência, atendimento e outros procedimentos necessários;
6. Trinta dias após início da atividade avaliação da atuação da fisioterapia no ESFP pelo responsável pelo ESF, fisioterapeutas da clínica de referência e Secretaria de Saúde;
7. Reunião de todos os indivíduos envolvidos no projeto para debate dos resultados, ajuste dos pontos, reinício das atividades;

8. Continuidade das atividades já implantadas e início dos programas auxiliares pertinentes a região;
9. Nova avaliação em trinta dias, apresentação de resultados, ajustes dos pontos necessários, reinício das atividades;
10. Continuidade das atividades implantadas e início dos programas preventivos;
11. Nova avaliação em trinta dias, apresentação de resultados, ajustes dos pontos necessários, reinício das atividades;
12. Contratação dos outros fisioterapeutas e início do processo nos outros ESFs.

5.3 RECURSOS

Os materiais necessários para o funcionamento do projeto será dividido em materiais permanentes e materiais de consumo, os valores apresentados são apenas referenciais, visto a necessidade de licitação para aquisição dos mesmos conforme previsto em lei. A relação do material está descrita a seguir em duas tabelas:

TABELA 1 – Listagem de Material Permanente

Qtd.	Material	Valor Unitário	Valor Total
03	Jaleco branco	R\$ 39,00	R\$ 117,00
03	Esignomanômetro	R\$ 42,21	R\$ 126,63
03	Estetoscópio	R\$ 37,29	R\$ 111,87
03	TENS Portátil	RS 459,00	R\$ 1.377,00
03	Ultra-som de 1Mhz	R\$ 899,00	R\$ 2.697,00
03	Conjunto de pares halteres (1, 2, 3 Kg)	R\$ 61,33	R\$ 183,99
03	Conjunto de Teraband (3 resistências)	R\$ 77,23	R\$ 231,78
03	Conjunto de pares caneleiras (1, 2, 3 Kg)	R\$ 117,25	R\$ 353,25
03	Colchonete de espuma revestido com napa	R\$ 350,58	R\$ 1.051,74
	TOTAL		R\$ 6.250,26

*Todos os valores foram cotado na empresa Instituto de São Paulo (ISP) pelo site: <http://www.institutoaopaulo.com.br>, acesso em 08/09/2011.

TABELA 2 – Listagem de Material de Consumo

Qtd.	Material	Valor Unitário	Valor Total
09	Pilhas para TENS*	R\$ 10,00	R\$ 90,00
03	Caneta azul*	R\$ 0,80	R\$ 2,40
03	Caneta Vermelha*	R\$ 0,80	R\$ 2,40
03	Lápis grafite*	R\$ 0,20	R\$ 0,60
03	Bloco de notas*	R\$ 1,50	R\$ 4,50
03	Prancheta*	R\$ 5,00	R\$ 15,00
03	Eletrodo autoadesivo 5X9**	R\$ 36,04	R\$ 108,12
03	Bisnaga de gel para ultrassom**	R\$ 4,09	R\$ 12,27
	TOTAL		R\$ 235,29

*Valor do material de papelaria cotado em papelaria local

**Valor cotado na empresa Instituto de São Paulo (ISP) pelo site: <http://www.institutosaopaulo.com.br>, acesso em 08/09/2011.

Deverão ser contratados três profissionais fisioterapeutas, preferencialmente profissionais concursados, com carga horária de 30 horas/semanais tendo como remuneração mensal o valor de R\$ 1.942,66, sendo R\$ 1.410,51 referente ao salário base, R\$ 109,00 referente à insalubridade e R\$ 423,15 referente à gratificação do ESF. Como funcionário de carreira o fisioterapeuta terá todos os benefícios do funcionário público do Município de Lapa-PR. Inicialmente até todos os ajustes necessários no projeto deverá ser contratado apenas um fisioterapeuta para o ESFP.

O transporte dos fisioterapeutas não terá custo adicional ao já dispensado no ESF por utilizar o mesmo dos médicos e/ou dentistas.

Não serão necessárias novas instalações devido o serviço ser realizado no domicílio dos pacientes ou locais alternativos como: praça, igreja, campo, salão paroquial, etc.

5.4 RESULTADOS ESPERADOS

Como resultado é esperada a redução da procura à clinica de referência pela população da comunidade assistida pelo fisioterapeuta do ESF, devido aos atendimentos, orientações, treinamentos, esclarecimentos, enfim devido ao processo de trabalho realizado na localidade.

Os programas auxiliares tendem a resolatividade dos quadros corriqueiros encontrados na comunidade principalmente os relacionados à atividade rural, envelhecimento e alterações posturais, estes serão complementados pelos programas preventivos aos quais cabem exercícios e orientações com a finalidade da prevenção de alterações que levem a problemas posturais e/ou quadros álgicos.

Para o paciente o maior benefício será do tratamento fisioterapêutico sem o transtorno ocasionado pela locomoção, as orientações transmitidas e adaptações realizadas em seu domicílio, o vínculo do terapeuta com o paciente e sua família permitem um melhor acompanhamento reduzindo o tratamento e quando há colaboração familiar a redução de seqüelas e manutenção do quadro é facilitado.

Para a comunidade os programas, tanto auxiliares como os preventivos, beneficiarão a todos que participarem através de ações simples, modificando o estilo de vida da população, estimulando os cuidados com a saúde, melhorando a ergonomia no trabalho, e como conseqüência desta modificação podem ocorrer a redução do uso de medicamentos, redução do número de consultas, redução dos exames laboratoriais e tratamentos complementares, muitas vezes relacionada a redução de doenças como HAS e diabetes.

O cidadão tornar-se mais produtivo quer seja no seu local de trabalho, no campo, em seu próprio negócio, beneficiará significativamente a sociedade. Ainda, poderá deixar de engrossar as filas de esperas em clinicas, hospitais e ambulatórios, de forma a que essas estruturas seriam otimizadas para melhorar o atendimento ao restante da população e, possivelmente, poderia desonerar o sistema de saúde. Esta economia não poderá ser calculada no início do projeto, mas no final de doze meses poderá ser realizada pesquisa para este calculo.

5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

O risco de inadequação do serviço pode ser considerado mínimo, visto que a fisioterapia é atividade realizada em domicílio e locais outros sem muitas dificuldades de adequação para a atividade proposta, mobiliário e/ou equipamentos.

Os aparelhos para eletroterapia são portáteis, um possui (TENS) funcionamento à pilha e eletricidade, colchonetes e pesos são de fácil transporte, com criatividade poderão ser utilizados objetos domiciliares para realizar o tratamento, a exemplo citamos gelo, cabo de vassoura, toalhas, cobertores, travesseiros.

Uma grande dificuldade a ser enfrentada é o acesso a alguns domicílios, mesmo com a manutenção constante das estradas rurais após longos períodos e/ou altos índices pluviométricos alguns locais tornam-se inacessíveis impossibilitando o atendimento. Para esta dificuldade não existem medidas preventivas ou soluções aplicáveis.

A contratação do transporte é realizada via licitação, com quilometragem máxima de 4.000 Km/mês, por vezes esta quilometragem não é suficiente para suprir a demanda do trajeto necessário. Como medida corretivo-preventiva pode-se solicitar um termo aditivo para o aumento deste limite até nova licitação com a quilometragem ajustada às necessidades reais do ESF.

Para o sucesso de qualquer tratamento fisioterapêutico é necessária a adesão e colaboração do paciente e/ou familiares quanto à realização de conduta domiciliar de manutenção, por vezes esta orientação não é seguida e o paciente não apresenta a evolução esperada. Para reduzir a ocorrência deste problema deve-se realizar um trabalho de orientação e conscientização do paciente e sua família na tentativa de conseguir a colaboração necessária ao bom andamento do tratamento.

6 CONCLUSÃO

As políticas de saúde no Brasil sofreram várias mudanças ao passar do tempo, de um modelo hospitalocentrico, focado no curativo e reabilitador, passou-se a ter uma visão voltada para a promoção em saúde, para o preventivo. A Constituição Federal de 1988 foi decisiva ao implantar o SUS com suas diretrizes definidas na finalidade de proporcionar assistência em saúde com qualidade e resolutividade ofertando acesso pleno à saúde. Em 1994 o MS lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) preconizando a atenção básica mais humanizada e resolutiva, após algum tempo a nomenclatura do PSF foi substituída por Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo simples fato de ser uma estratégia voltada a promoção à saúde e não um simples programa.

A necessidade da implantação do fisioterapeuta nas equipes de ESF é evidente, devido suas aptidões e competências inerentes a sua formação profissional, visa maior promoção e prevenção da saúde, melhorando assim a qualidade de vida. Este profissional está apto a atuar em todos os níveis da atenção básica, na prevenção primária trabalha no campo da promoção da saúde com ações de educação e os programas preventivos. Na atenção secundária atua no diagnóstico precoce e no acompanhamento de pacientes acometidos evitando as seqüelas, e em grupos vulneráveis como crianças, idosos e pessoas com deficiência. O trabalho terciário de prevenção é realizado nos indivíduos que mesmo passando pelos estágios anteriores permanecem com uma seqüela residual e/ou incapacidade que necessitam ser minimizadas.

Os gastos gerados com a implantação do fisioterapeuta junto à equipe de ESF compensam visto a redução esperada na fila de espera na Clínica de Referência, da melhora da qualidade de vida para a comunidade e em termos econômicos, os custos com a média e alta complexidade tendem a diminuir significativamente com a atuação preventiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVOLIO, Gabriela Pereira. **FISIOTERAPIA NO PSF: UMA PROPOSTA DE AÇÃO PARA O MUNICÍPIO DE CABO FRIO, ESTADO DO RIO DE JANEIRO**. 89 f. Dissertação (Mestre em Saúde da Família) – Setor de Ciências Biológicas, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

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

BRASIL. **Associação de Saúde da Família, Programa de Saúde da Família – PSF**. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.org/projetos/psf/psf.htm>>. Acesso em: 29/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/projetos/psf/psf.htm>>. Acesso em: 21/07/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição Federal**, dispõe sobre as políticas de saúde. Lei 8.080/90 Brasília, DF, de 19 de Setembro de 1990.

CARVALHO, Antônio Ivo de. BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFFITO. Fisioterapia/Definição. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27>. Acesso em 29/08/2011.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. **Resolução COFFITO 139**, de 28 de novembro de 1992. Dispõe sobre as atribuições do exercício da Responsabilidade Técnica nos campos assistências da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União n.º 227, Brasília, DF, 26 nov. 1992. Seção I, p. 16 389-16 390.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Revista de Saúde Pública**. Vol.34 n.3 São Paulo junho de 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-910200000300018>. Acesso em: 29/08/2011.

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.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNESNet. Consulta sobre tipos de estabelecimentos de saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=41&VMun=411320>. Acesso em 04/09/2011.

PLANO DIRETOR DO MUNICIPIO DE LAPA – 2003. Portal da Prefeitura Municipal de Lapa. Disponível em: <<http://www.lapa.pr.gov.br/download/comunicacao/plano-diretor-2010.pdf>>. Acesso em 31/08/2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAPA. A cidade, Alguns números, História. Disponível em: <<http://www.lapa.pr.gov.br/>>. Acesso em 31/08/2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAPA. Edital do concurso público 01/2011. Disponível em: <<http://www.lapa.pr.gov.br/concurso-adm-2011.asp>>. Acesso em 08/09/2011.

RAGASON, Carla A. P. *et AL*. **Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a Partir da Prática Profissional**. Disponível em: <http://www.crefito5.com.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf>. Acesso em 17/09/2011.

RODRIGUES, R M. **A Fisioterapia no Contexto da Política de Saúde no Brasil: Aproximações e Desafios**. Perspectivas online. Vol.2, n.8, 2008. Disponível em: <[http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n8/volume%202\(8\)%20artigo10.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n8/volume%202(8)%20artigo10.pdf)>. Acesso em: 16/09/2011.

RUAS, Maria Fernanda Loiola; PAULA, Ricardo Fernandes de; FARIA, Enio Thalles Batista de. **Importância da Inserção do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família, Através da Satisfação da População de Municípios de Minas Gerais.** Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/inic/inic/03/INIC0000440.ok.pdf. Acesso em 09/09/2011.

ANEXO

Anexo 1 – Relatório do SCNES Relatório de Profissionais por Equipe.....	29
Anexo 2 – Portaria nº 1065/GM.....	33
Anexo 3 – Tabela com a relação dos postos de saúde do município de Lapa-PR....	38
Anexo 4 – Tabela demonstrativa dos equipamentos de saúde.....	39
Anexo 5 – Relatório do SIAB PSF Vila São José.....	40
Anexo 6 – Relatório SIAB CAIC.....	41
Anexo 7 – Relatório SIAB Água Azul.....	42
Anexo 8 – Relatório SIAB Pedra Lisa.....	43
Anexo 9 – Relatório do SIAB São Bento.....	44
Anexo 10 – Relatório do SIAB Dr João Candido Ferreira.....	45
Anexo 11 – Relatório SIAB Feixo.....	46
Anexo 12- Relatório da Lista de Espera da Clínica de Terapias Especializadas.....	47

ANEXO 1

Anexo 1 – Relatório do SCNES Relatório de Profissionais por Equipe

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	SCNES	Página: 1
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle		Data: 16/09/2011
DATASUS	Relatório de Profissionais por Equipe	Hora: 16:27
Competência: 08/2011	Seleção: Todos	Versão: 2.5.30

Estabelecimento : CNES : 5091918 - UNIDADE DE SAUDE PSF VILA SAO JOSE

Tipo Equipe : 01 - ESF - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA

Equipe : 0002 - LAPA - PSF VILA SAO JOSE

Município : 411320 - LAPA

Nome do Profissional	CBO / Especialidade	Carga Horária			Microárea	Dt Entrada	Dt Deslig
		Amb	Hosp	Out			
ANDREIA MARIA MENDES	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	05	17/05/2008	
BEATRIZ GOLL GONZAGA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	02	12/05/2004	
CECILIA ROSSA DE CAMARGO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	06	16/11/2009	
GLAUCE APARECIDA GUIMARAES BIANEK	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	04	06/06/2011	
JAQUELINE DAS GRACAS DE OLIVEIRA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	01	01/06/2011	
MARCIO JOSE BARBOSA DE BRITO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	03	01/07/2008	
SIMONE APARECIDA PINTO MACIEL	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	07	01/06/2011	
ELIS ROSANE A MENDES DE SOUZA	352210 - AGENTE DE SAUDE PUBLICA	40	0	0		20/06/2005	
MARTA BARBOSA DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	0	0		15/07/2009	
MARLENE LANDARIN	322250 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA	40	0	0		22/09/2010	
GEANINE CLAUDIA ZANETTI	223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA	40	0	0		01/08/2011	
LUIZ ROGERIO BARNABE	225142 - MEDICO DA ESTRATEGIA DE	40	0	0		21/11/2010	
Total de Profissionais : 12							

Estabelecimento : CNES : 0017760 - CENTRO SOCIAL RURAL MARIENTAL

Tipo Equipe : 01 - ESF - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA

Equipe : 0003 - FEIXO

Município : 411320 - LAPA

Nome do Profissional	CBO / Especialidade	Carga Horária			Microárea	Dt Entrada	Dt Deslig
		Amb	Hosp	Out			
ANA PAULA HORNING	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	03	15/09/2008	
ELIZABETH HORNING	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	02	14/04/2005	
HELENIR BATISTA DA LUZ	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	04	14/07/2005	
MARIA ADELAIDE FERREIRA GUIMARAES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	0	0		11/03/2011	

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	SCNES	Página: 2
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle		Data: 16/09/2011
DATASUS	Relatório de Profissionais por Equipe	Hora: 16:27
Competência: 08/2011	Seleção: Todos	Versão: 2.5.30

Estabelecimento : CNES : 0021377 - MINI POSTO PEDRA LISA

Tipo Equipe : 01 - ESF - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA

Equipe : 0006 - PEDRA LISA

Município : 411320 - LAPA

Nome do Profissional	CBO / Especialidade	Carga Horária			Microárea	Dt Entrada	Dt Deslig
		Amb	Hosp	Out			
ALCEU AGNALDO KRAINSKI PINTO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	08	14/07/2005	
CLAUDETE APARECIDA ZENIK SCHUSTER	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	01	01/05/2008	
ELIA MARIA SCHUSTER DA SILVA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	03	03/06/2011	
ELIANE MARIA CARDOSO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	07	01/05/2011	
JANETE APARECIDA SCHMIDT PEDRO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	02	07/07/2005	
MARGARETE DE FREITAS SKRZY PIETZ	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	04	01/06/2011	
MARIA APARECIDA THURMANN DE LARA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	12	16/06/2005	
MARIA CRISTINA DO NASCIMENTO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	06	01/06/2011	
MARLENE SCHUSTER DA SILVA UKAN	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	09	02/06/2005	
MARIA BENEDITA UKAN	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	0	0		17/10/2009	
CINTHYA MARA SCHUSTER ALVES	322250 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA	40	0	0		03/06/2008	
RAMONE APARECIDA PRZENY CZKA	223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA	40	0	0		16/11/2010	
MARINA CORTES ABDALA	225142 - MEDICO DA ESTRATEGIA DE	40	0	0		01/05/2011	
Total de Profissionais : 13							

Estabelecimento : CNES : 0021466 - MINI POSTO SAO BENTO

Tipo Equipe : 02 - ESFSB_M1 - ESF COM SAUDE BUCAL - M I

Equipe : 0004 - SAO BENTO

Município : 411320 - LAPA

Nome do Profissional	CBO / Especialidade	Carga Horária			Microárea	Dt Entrada	Dt Deslig
		Amb	Hosp	Out			
ANALI PICKSSUIS	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	01	01/06/2011	
ARLETE APARECIDA DE LIMA ALVES	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	06	01/06/2011	
DARCIOLY KUKLA RODRIGUES	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	09	28/02/2011	
JOSILAINE APARECIDA MAYER	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	04	28/02/2011	
MARCIA CAMARGO CADENA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	05	28/02/2011	
MARILEIA HEMPLES	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	10	28/02/2011	
MARLI TEREZINHA FRANCO DA MAIA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	08	28/02/2011	
QUELI DE MELO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	03	01/06/2011	
ZILA ALVES DOS SANTOS	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	02	28/02/2011	
ADRIANA TEREZINHA DO NASCIMENTO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	0	0		15/05/2011	
SIRLENE PARIZE BAUMGARTHER	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	20	0	0		01/03/2011	

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	SCNES	Página: 3
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle		Data: 16/09/2011
DATASUS	Relatório de Profissionais por Equipe	Hora: 16:27
Competência: 08/2011	Seleção: Todos	Versão: 2.5.30

BRUNA SCARDANZAN HORNING	322250 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA	40	0	0	01/03/2011
ANGELICA DE LARA CARLOS	322430 - AUXILIAR EM SAUDE BUCAL DA	40	0	0	01/06/2011
ROSYLAINE NERY SCHEFFEL	223293 - CIRURGIAO DENTISTA DA	40	0	0	28/02/2011
TALIZE MADELY MARTINS TAVARES	223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA	40	0	0	01/06/2011
JOSE ADELMAN DANTAS PALITO	225142 - MEDICO DA ESTRATEGIA DE	40	0	0	28/02/2011

Total de Profissionais : 16

Estabelecimento : CNES : 0021431 - CENTRO SOCIAL RURAL AGUA AZUL

Tipo Equipe : 02 - ESFSB_M1 - ESF COM SAUDE BUCAL - M I

Equipe : 0005 - AGUA AZUL

Município : 411320 - LAPA

Nome do Profissional	CBO / Especialidade	Carga Horária			Microárea	Dt Entrada	Dt Deslig
		Amb	Hosp	Out			
ELISIANA DROBINIEWSKI SOSSELA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	04	01/06/2011	
FABIANA PATRICIA VIEIRA BUENO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	03	14/09/2005	
JEAN CESAR PIMENTEL	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	09	01/06/2011	
JOSILENE FREITAS DE AMORIM	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	06	13/11/2007	
LUZIA MILDEMBERG MARTINS	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	02	14/06/2006	
MARIA RITA FERREIRA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	08	13/09/2005	
MARINA MEIRA DE SOUZA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	05	14/09/2005	
MAURITA ALVES DE LIMA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	01	05/11/2007	
PEDRONELIA DO ROCIO FERREIRA SILVA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	07	01/06/2011	
LUZIA APARECIDA VIEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	0	0		15/04/2008	
MARCIA CRISTINA HOFFMANN	322250 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA	40	0	0		15/07/2008	
ERICA DO ROCIO DA SILVEIRA ANTUNES	322430 - AUXILIAR EM SAUDE BUCAL DA	40	0	0		01/06/2011	
CARLA MARILIA MARANHO	223293 - CIRURGIAO DENTISTA DA	40	0	0		11/09/2008	
TATIANA REGIS SCHANUEL	223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA	40	0	0		02/02/2011	
HSU MEI O RAMOS	225142 - MEDICO DA ESTRATEGIA DE	40	0	0		01/04/2011	

Total de Profissionais : 15

Estabelecimento : CNES : 0017752 - CAIC MINISTRO FLAVIO SUPPLY LACERDA

Tipo Equipe : 03 - ESFSB_M2 - ESF COM SAUDE BUCAL - M II

Equipe : 0001 - CAIC

Município : 411320 - LAPA

Nome do Profissional	CBO / Especialidade	Carga Horária			Microárea	Dt Entrada	Dt Deslig
		Amb	Hosp	Out			
ANA MARIA PAES TINFEL	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	06	01/06/2011	
ANDREA CRISTINA DE MATOS DIAS	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	01	01/06/2011	
JUCIMARA DE CASTRO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	02	01/06/2011	

MS / SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SCNES		Página: 4			
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle				Data: 16/09/2011			
DATASUS		Relatório de Profissionais por Equipe		Hora: 16:27			
Competência: 08/2011		Seleção: Todos		Versão: 2.5.30			
MARIA IZABEL ASKE RIBAS	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	03	09/02/2005	
MARIA JOANA RIBEIRO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	05	01/06/2011	
MARILENE APARECIDA MARQUES GOIS	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	10	01/06/2011	
ROGERIO CAETANO	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	08	08/09/2004	
ROSELI DOS SANTOS DA SILVA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	09	04/09/2003	
ANA JOSEFA SILVEIRA LUCAS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	0	0		20/06/2005	
ELISANGELA DELPONTE DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	0	0		02/05/2005	
TERESINHA APARECIDA ANTUNES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	0	0		12/10/2010	
SONIA REGINA CARDOSO DA SILVA	322250 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA	40	0	0		17/12/2010	
ELIANE PEDROSO GONSALVES	322430 - AUXILIAR EM SAUDE BUCAL DA	40	0	0		14/02/2011	
DANIELLE FERREIRA MUNHOZ COSTA	223293 - CIRURGIAO DENTISTA DA	40	0	0		01/04/2011	
ROSENILDA COSMO RIBEIRO	223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA	40	0	0		01/06/2010	
ABELARDO BORROTO CARRILLO	225142 - MEDICO DA ESTRATEGIA DE	40	0	0		15/06/2011	
VERA LUCIA HEINZEN	322425 - TECNICO EM SAUDE BUCAL DA	40	0	0		04/09/2007	
Total de Profissionais : 17							

Estabelecimento : CNES : 0017647 - CENTRO DE SAUDE DR EUGENIO ALVES GUIMARAES

Tipo Equipe : 04 - EACS - EQUIPE DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE

Equipe : 0007 - DR JOAO CANDIDO FERREIRA

Município : 411320 - LAPA

Nome do Profissional	CBO / Especialidade	Carga Horária			Microárea	Dt Entrada	Dt Deslig
		Amb	Hosp	Out			
BENEDITA ELZI FERREIRA GUIMARAES	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	03	19/10/2009	
MARIA DE LOURDES BATISTA DE PAULA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	01	18/08/2009	
MARINA DAIANE WARDZINSKI	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	02	01/06/2011	
ROSICLER AMARAL ROSA	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE	40	0	0	04	01/06/2011	
MARTA EMILIA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA	40	0	0		16/06/2009	
Total de Profissionais : 5							

ANEXO 2

Anexo 2 – Portaria nº 1065/GM

PORTARIA Nº 1065/GM DE 4 DE JULHO DE 2005.

Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o inciso II do art.198 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único da Saúde SUS;

Considerando o parágrafo único do art 3º da Lei nº 8080/90, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social;

Considerando a Saúde da Família como a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a organização do SUS, a partir da Atenção Básica em Saúde;

Considerando que as ações de Atenção Básica em Saúde devem ser desenvolvidas por todos os Municípios como um componente essencial para a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade;

Considerando a necessidade das Integralidade e da resolubilidade da atenção em saúde, nas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação;

Considerando as ações intersetoriais como fundamentais à garantia da atenção integral em saúde, com vistas à produção do auto-cuidado;

Considerando como áreas imprescindíveis para a efetivação do cuidado integral em saúde: Alimentação e Nutrição, Atividade Física e Práticas Corporais, Saúde Mental, Serviço Social e Reabilitação;

Considerando a importância do estímulo a modos de viver não sedentários, tendo em vista que o risco de doenças cardiovasculares e os agravos em decorrência

de hipertensão arterial e diabetes mellitus estão relacionados, dentre outros fatores, com o não envolvimento em quaisquer práticas corporais;

Considerando a necessidade do desenvolvimento de ações que reduzam o consumo excessivo de medicamentos, estimular a grupalidade e a formação de redes de suporte social, possibilitando a participação ativa dos usuários na construção de projetos terapêuticos individuais e na identificação das práticas a serem desenvolvidas em determinada área;

Considerando que as equipes de Saúde da Família são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas, às diversas formas de sofrimento mental, situações de violência e de discriminação social;

Considerando a importância de desenvolver ações que favoreçam o rompimento com uma percepção preconceituosa e discriminatória das pessoas com deficiência, de maneira que ocorra sua inclusão social;

Considerando a reabilitação como um processo de desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários que facilitem a independência e a participação social das pessoas com deficiência frente à diversidade de condições e às necessidades presentes no cotidiano;

Considerando que o processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a inclusão social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber popular e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território;

Considerando a importância da implementação de ações de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas à promoção da saúde e a qualidade de vida da população;

Considerando a homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em reunião realizada no dia 17 de fevereiro de 2005; e

Considerando a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, em reunião realizada no dia 8 de junho de 2005,

R E S O L V E:

Art. 1º Criar os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde.

Art. 2º Determinar que os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família sejam constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, compondo com os profissionais da Saúde da Família uma equipe que atue em um território definido, compartilhando a construção de práticas em saúde frente aos problemas identificados.

Parágrafo único. Esse compartilhamento produz-se na forma de co-responsabilização e ampliação da resolubilidade da atenção, efetivada por meio de ações conjuntas como: troca de experiência e saberes, discussão de casos, intervenção junto à comunidade, às famílias e aos indivíduos, realização de atividades intersetoriais, entre outros.

Art. 3º Definir que os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família sejam constituídos por quatro modalidades de ação em saúde:

- I - alimentação/nutrição e atividade física;
- II - atividade física;
- III - Saúde Mental; e
- IV - Reabilitação.

Art. 4º Estabelecer que o Município pode implantar o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família com todas as quatro modalidades ou optar pela implantação de cada modalidade separadamente, a partir das necessidades locais de saúde e da disponibilidade de recursos.

Art. 5º Determinar que para a implantação do Núcleo com todas as modalidades o Município deva assegurar, para fins de financiamento, a presença de psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais.

Art. 6º Definir que a implantação de modalidades em separado deve assegurar, para fins de financiamento, a presença mínima de dois profissionais por modalidade, exceto na modalidade Alimentação/Nutrição e Atividade Física, que deve ter, no mínimo, três profissionais.

Art. 7º Definir que a composição das diversas modalidades deve respeitar as definições a seguir:

I - Alimentação/Nutrição e Atividade Física: nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais;

II - Atividade Física: profissional de educação física e instrutor de práticas corporais;

III - Saúde Mental: psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do psicólogo ou de psiquiatra e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados;

IV – Reabilitação: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados.

Parágrafo único. Os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família devem estar articulados com os serviços de referência existentes, como, por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer e Esportes e com profissionais dos serviços especializados.

Art. 8º Determinar que o Ministério da Saúde financie a implantação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família nos Municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes.

Parágrafo único. Nos Municípios situados nos estados da Amazônia Legal, o financiamento de que trata este artigo, será destinado àqueles com população igual ou superior a 30 mil habitantes.

Art. 9º Determinar que os Municípios de que trata o artigo 8º desta Portaria possam implantar, para fins de financiamento, um Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família para cada 9 a 11 equipes da Saúde da Família, optando por implantar uma,

duas, três ou as quatro modalidades, de acordo com suas possibilidades e necessidades.

Parágrafo único. Para os Municípios da Amazônia Legal, a proporção é de um Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família para cada 7 a 9 equipes da Saúde da Família.

Art. 10º. Estabelecer que os Municípios que ainda não têm a Atenção Básica em Saúde organizada por meio da estratégia Saúde da Família ou que possuem menos que 9 equipes da Saúde da Família implantadas, poderão implantar as modalidades Alimentação/Nutrição e Atividade Física e/ou Atividade Física garantindo-se a proporção de um Núcleo para cada 40 mil habitantes.

Parágrafo único. Para os Municípios da Amazônia Legal a proporção é de um Núcleo para cada 30 mil habitantes.

Art. 11º. Estabelecer que caiba aos Municípios elaborar a proposta de implantação, acompanhamento e avaliação dos Núcleos, garantindo recursos, como contrapartida financeira, para a adequação física e compra de material necessário à realização e ao desenvolvimento das atividades.

Art. 12º. Estabelecer que caiba ao Ministério da Saúde, e aos Estados, por meio de suas Secretarias de Saúde, assessorar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família nos Municípios e contribuir para a sua implementação.

Art. 13º. Definir que a operacionalização e o financiamento do Ministério da Saúde para os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, bem como as ações e atividades dos profissionais, serão tratados em portaria específica, a ser publicada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta Portaria.

Art. 14º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO 3

Anexo 3 – Tabela com a relação dos postos de saúde do município de Lapa-PR

Tabela 1- Postos de Saúde Municipais

Localização	Equipamento
Urbano	CAIC MINISTRO FLAVIO SUPPLY LACERDA
Urbano	CENTRAL PEDIATRICA DR ALOISIO LEONI
	CENTRO DE SAUDE DR EUGENIO ALVES GUIMARAES
Rural	CENTRO SOCIAL RURAL AGUA AZUL
Rural	CENTRO SOCIAL RURAL MARIENTAL
Rural	MINI POSTO CAPAO BONITO
Rural	MINI POSTO DA CAMPINA
	MINI POSTO DR JOAQUIM DE LACERDA
	MINI POSTO DR LUIS CORREIA LACERDA
	MINI POSTO JOAO MURBACH HOFFMANN
Rural	MINI POSTO MATO PRETO
Rural	MINI POSTO PEDRA LISA
Rural	MINI POSTO RIO DA AREIA
Rural	MINI POSTO RIO DA VARZEA
Rural	MINI POSTO SAO BENTO
Urbano	PUERICULTURA
Urbano	UNIDADE DE SAUDE PSF VILA SAO JOSE

Fonte: CNESNet

ANEXO 4

Anexo 4 – Tabela demonstrativa dos equipamentos de saúde

Tabela 1- Equipamentos de Saúde

Tipo	Equipamento	Responsável	Localização
Hospital	Hospital Regional Sanatório São Sebastião	Estadual	Urbana
	Hospital Hypólito e Amélia Alves de Araújo	Estadual	Urbana
	Hospital Maternidade Humberto Carraro	Municipal	Urbana
Posto de Saúde	Mini Posto da Campina	Municipal	Rural
	Mini Posto Capão Bonito	Municipal	Rural
	Mini Posto Dr. Joaquim L. Lacerda	Municipal	Rural
	Mini Posto Dr. Lula Correia Lacerda	Municipal	Rural
	Mini Posto Mato Preto	Municipal	Rural
	Mini Posto Pedra Lisa	Municipal	Rural
	Mini Posto Rio da Várzea	Municipal	Rural
	Mini Posto São Bento	Municipal	Rural
	Mini Posto Rio da Areia	Municipal	Rural
Clínica Especializada de Saúde	CAIC	Municipal	Urbana
	Centro de Saúde Dr. Eugênio Guimarães	Municipal	Urbana
	Centro Social Rural Água Azul	Municipal	Rural
	Centro Social Rural Mariental	Municipal	Rural
Centro Social	Sistema Integrado de Saúde	Municipal	Rural
	Central Pediátrica Dr. Aloísio Leoni	Municipal	Urbana
	Centro de Atendimento à Saúde do Adolescente	Municipal	Urbana
	Clinica Dr. João Cândido Ferreira	Municipal	Urbana
	Clínica Odontológica Dr. João L.Braga	Municipal	Urbana
Serviço Auxiliar	Laboratório de Análises Clínicas	Particular	Urbano
	Farmácia Municipal	Municipal	Urbano
	Central de Marcação de Consultas	Municipal	Urbano
Vigilância	Vigilância (Sanitária e Epidemiológica)	Municipal	Urbano

FONTE: Departamento de Saúde Municipal da Lapa

ANEXO 5

Anexo 5 – Relatório do SIAB PSF Vila São José

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

PAG.:
VERSAO:
DATA:16/09/2011

CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011

MUNICIPIO: LAPA
SEGMENTO : 01 - URBANO - (ZONA URBANA)
EQUIPE : 0002 - LAPA - PSF VILA SAO JOSE

Sexo	Faixa Etaria (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 A 59	> 60	
Masculino	15	102	71	102	220	203	757	295	208	169	2.142
Feminino	14	91	72	96	181	213	818	353	214	215	2.267
Numero de Pessoas	29	193	143	198	401	416	1.575	648	422	384	4.409

Faixa Etaria (anos)	Doencas referidas										Faixa etaria (anos)	Condicao referida		
	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	DME %	EPI %	HA %	HAN %	MAL %	TB %		GES %		
0 a 14			1 0,10				1 0,10					10 a 19 anos	6 1,52	
15 anos e mais	21 0,61		26 0,75	85 2,47		13 0,38	427 12,39	1 0,03				20 anos e mais	25 1,56	
Total	21 0,48		27 0,61	85 1,93		13 0,29	428 9,71	1 0,02				Total	31 1,55	

N. de familias estimadas		%	ABASTECIMENTO DE AGUA			No	%	DESTINO DO LIXO			No	%
N. de familias cadastradas	1.265		Rede publica			1.251	98,89	Coleta publica			1.259	99,53
7 a 14 anos na escola	408	68,11	Poco ou nascente			14	1,11	Queimado/Enterrado			6	0,47
15 anos e mais alfabetizados	3.381	98,14	Outros					Ceu aberto				
Pessoas cobertas c/ plano saude	261	5,92	TIPO DE CASA			No	%	DESTINO FEZES/URINA			No	%
TRAT.AGUA NO DOMICILIO	No	%	Tijolo / Adobe			741	58,58	Sistema de Esgoto			1.189	93,99
Filtracao	279	22,06	Taipa revestida			1	0,08	Fossa			36	2,85
Fervura	53	4,19	Taipa nao revestida					Ceu aberto			40	3,16
Cloracao	14	1,11	Madeira			394	31,15					
Sem tratamento	919	72,65	Material aproveitado			5	0,40					
			Outros			124	9,80					
								Energia Eletrica			1.256	99,29

ANEXO 8

Anexo 8 – Relatório SIAB Pedra Lisa

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

PAG.:
VERSAO
DATA:16/09/

MUNICIPIO: LAPA
SEGMENTO : 02 - RURAL - (ZONA RURAL)
EQUIPE : 0006 - PEDRA LISA

CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011

Sexo	Faixa Etaria (anos)											Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 A 59	> 60		
Masculino	3	55	32	63	116	123	436	209	154	201	1.392	
Feminino	8	31	30	59	82	90	355	165	147	171	1.138	
Numero de Pessoas	11	86	62	122	198	213	791	374	301	372	2.530	

Faixa Etaria (anos)	Doencas referidas											Faixa etaria (anos)	Condicao referida	
	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	DME %	EPI %	HA %	HAN %	MAL %	TB %	GES %			
0 a 14			2 0,42									10 a 19 anos	1 0,58	
15 anos e mais	26 1,27		18 0,88	31 1,51		14 0,68	275 13,41					20 anos e mais	30 3,58	
Total	26 1,03		20 0,79	31 1,23		14 0,55	275 10,87					Total	31 3,07	

N. de familias estimadas	%	ABASTECIMENTO DE AGUA	No	%	DESTINO DO LIXO	No	%
N. de familias cadastradas	758	Rede publica	2	0,26	Coleta publica	125	16,49
7 a 14 anos na escola	198 61,88	Poco ou nascente	752	99,21	Queimado/Enterrado	577	76,12
15 anos e mais alfabetizados	1.932 94,20	Outros	4	0,53	Ceu aberto	56	7,39
Pessoas cobertas c/ plano saude	35 1,38						

TIPO DE CASA	No	%	DESTINO FEZES/URINA	No	%
Tijolo / Adobe	204	26,91	Sistema de Esgoto	3	0,40
Taipa revestida	2	0,26	Fossa	591	77,97
Taipa nao revestida			Ceu aberto	164	21,64
Madeira	438	57,78			
Material aproveitado	21	2,77			
Outros	93	12,27			

TRAT.AGUA NO DOMICILIO	No	%	Energia Eletrica	No	%
Filtracao	20	2,64			
Fervura	9	1,19			
Cloracao	10	1,32			
Sem tratamento	719	94,85			

ANEXO 10

Anexo 10 – Relatório do SIAB Dr João Candido Ferreira

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

PAG.: 1
VERSAO: 6.
DATA: 16/09/201

CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011

MUNICIPIO: LAPA
SEGMENTO : 01 - URBANO - (ZONA URBANA)
EQUIPE : 0007 - DR JOAO CANDIDO FERREIRA

Sexo	Faixa Etaria (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 A 59	> 60	
Masculino	1	28	15	21	55	68	198	97	57	71	611
Feminino		26	17	34	70	58	209	96	74	84	668
Numero de Pessoas	1	54	32	55	125	126	407	193	131	155	1.279

Faixa Etaria (anos)	Doencas referidas										Faixa etaria (anos)	Condicao referida		
	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	DME %	EPI %	HA %	HAN %	MAL %	TB %		GES %		
0 a 14			1,03									10 a 19 anos		
15 anos e mais	4,40		9,09	2,27		1,10	13,54					20 anos e mais	8,17	
Total	4,31		10,78	2,11		1,08	10,71					Total	8,17	

N. de familias estimadas		%	ABASTECIMENTO DE AGUA	No	%	DESTINO DO LIXO	No	%
N. de familias cadastradas	408		Rede publica	354	86,76	Coleta publica	358	87,75
7 a 14 anos na escola	138	76,67	Poco ou nascente	52	12,75	Queimado/Enterrado	50	12,25
15 anos e mais alfabetizados	962	95,06	Outros	2	0,49	Ceu aberto		
Pessoas cobertas c/ plano saude	51	3,99						
			TIPO DE CASA	No	%	DESTINO FEZES/URINA	No	%
TRAT.AGUA NO DOMICILIO	No	%	Tijolo / Adobe	166	40,69	Sistema de Esgoto	319	78,19
Filtracao	79	19,36	Taipa revestida			Fossa	88	21,57
Fervura	17	4,17	Taipa nao revestida			Ceu aberto	1	0,25
Cloracao			Madeira	199	48,77			
Sem tratamento	312	76,47	Material aproveitado	1	0,25		No	%
			Outros	42	10,29	Energia Eletrica	407	99,75

ANEXO 12

Anexo 12- Relatório da Lista de Espera da Clínica de Terapias Especializadas



Município da Lapa
Estado do Paraná
 Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social



CLÍNICA DE TERAPIAS ESPECIALIZADAS
SETOR DE FISIOTERAPIA

RELATÓRIO DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA

COMPETÊNCIA: AGOSTO/2011

CLASSIFICAÇÃO	QUANTIDADE
Prioridade fisioterápica	23
Lombalgias	38
Neurológicos	9
Tratamento Clínico	175
Continuidade de Tratamento Clínico	96
TOTAL	341

PATRICIA FARIAS DOS SANTOS
 Chefe da Clínica de Terapias Especializadas