



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO  
E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**LUCIANA PATRÍCIO DA COSTA RODRIGUES**

**GESTÃO PÚBLICA: NECESSIDADE DE INSERÇÃO DO  
FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

**SOUSA - PB  
2011**

**LUCIANA PATRÍCIO DA COSTA RODRIGUES**

**GESTÃO PÚBLICA: NECESSIDADE DE INSERÇÃO DO  
FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

**Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão e Administração Pública, do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão e Administração Pública.**

**Orientador: Professor Me. Epifânio Vieira Damasceno.**

**SOUSA - PB  
2011**

LUCIANA PATRICIO DA COSTA RODRIGUES

GESTÃO PÚBLICA: NECESSIDADE DE INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

Trabalho monográfico apresentado ao curso de  
Direito do centro de Ciências Jurídicas e  
Sociais da Universidade Federal de Campina  
Grande, como exigência parcial da obtenção  
do título de Especialista em gestão e  
Administração Pública.

Orientador (a): Prof. Ms. Epifanio Vieira  
Damasceno

Banca Examinadora:

Data de Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Orientador: Prof. Ms. Epifanio Vieira Damasceno

---

Examinador: Prof.

---

Examinador: Prof.

*"Quando nos deixamos envolver pela fé,  
despertamos em nosso interior a força  
necessária para alcançar nossos  
objetivos".*

*Miguel Kringsner*

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível, a minha mãe Veralucia e esposo Felipe pelo esforço, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta importante etapa em minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela força

Ao meu orientador **Ephifânio Vieira** pela sabedoria e incentivo à pesquisa, pela dedicação e paciência às minhas incessantes solicitações; e pelos longos momentos de discussão que, para mim, sempre foram muito proveitosos.

À minha grande amiga **Maria José**, pelas sugestões nos momentos difíceis e pelos ensinamentos constantes, por me mostrar como trabalhar com competência, dedicação e entusiasmo, pela amizade e por acreditar na minha pessoa.

À coordenadora do curso Professora **Edijane Dias**, pela acolhida carinhosa

Aos meus amigos e colegas da Pós-Graduação pelas brincadeiras, amizade e, em especial, **Maria José, Veridiana e Luana** pelas Palavras de conforto nos momentos difíceis do desenvolver de minha monografia.

À minha **família**, pelo carinho e compreensão com a minha constante ansiedade e impaciência,

Sabendo entender a minha ausência em alguns momentos, para me dedicar à elaboração desta Monografia.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

MSE	-	Membro superior esquerdo
ADM	-	Amplitude de movimento
AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
LOS	-	Leis Orgânicas de Saúde
SUS	-	Sistema Único de saúde
MS	-	Ministério da Saúde
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PSF	-	Programa de saúde da Família

## RESUMO

O programa da saúde da família teve seu início no ano de 1994 pelo governo federal aos municípios para melhorar atenção básica a saúde com objetivo de oferecer as comunidades uma assistência onde possam contar com promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Portanto essa monografia terá como principal objetivo demonstrar a importância da inserção do fisioterapeuta como agente multiplicador no programa de saúde da família e as dificuldades para inclusão do mesmo por rotular o fisioterapeuta apenas como agente reabilitador, impossibilitando este profissional de atuar junto à equipe multiprofissional de modo interdisciplinar, nas unidades de programa de saúde da família e de evidenciar as atribuições gerais e específicas destes profissionais na atenção primária de saúde. Para atender as novas políticas de saúde, fazem-se necessárias mudanças na formação desse profissional que antes era considerado apenas de caráter reabilitador e que hoje se mostra diferenças, apresentando um modelo assistencial promotor e preventivo da saúde. Portanto a pesquisa foi realizada com abordagem qualitativa, sobre a necessidade de inclusão de fisioterapeuta no PSF. Caracterizando um relato de caso que se dispõe demonstrar a Necessidade da Inclusão do Fisioterapeuta como agente multiplicador no programa de saúde da família. O relato de caso foi colhido em uma Clínica Escola de Fisioterapia em Campina Grande, onde a pesquisadora desenvolveu de estágio acadêmico no período da graduação do curso, durante o mesmo foram observados vários casos de pacientes que necessitavam de acompanhamento contínuo, e que poderia ser realizado fora do ambiente hospitalar. A pesquisa foi desenvolvida a partir de estudos através de artigos científicos, leis organizacionais, revistas científicas e livros da área da fisioterapia.

**Palavras chave:** Fisioterapia, Programa saúde da Família (PSF)



## ABSTRACT

The family health program had its start in 1994 by the federal Government to municipalities to improve basic health attention with goal of providing assistance to communities where they can count on health promotion, disease prevention and rehabilitation. Porting this monograph has as main objective to demonstrate the importance of insertion of physiotherapist as multiplier agents in family health programme and the difficulties for inclusion by labeling the physiotherapist solely as agent rehabilitator, making this professional acting along the interdisciplinary team, multiprofessional so in family health programme and emphasize General and specific assignments of these professionals in primary health care. To meet the new health policies, make necessary changes in the formation of a trader who was once considered only character today and rehabilitator shows differences showing a caring model and preventive health promoter. So the survey was conducted with qualitative approach, on the need for inclusion of physiotherapist in PSF. Characterizing a case report available demonstrate the necessity of including the Physiotherapist as multiplier agents in family health programme, case report was collected from a Clinical School of physiotherapy in Campina Grande, where she developed academic internship in the period of undergraduate course, during the same were observed several cases of patients in need of continuous surveillance, and that could be accomplished outside the hospital environment. The survey was developed from research through scientific articles, organizational laws, scientific journals and books from the area of physiotherapy.

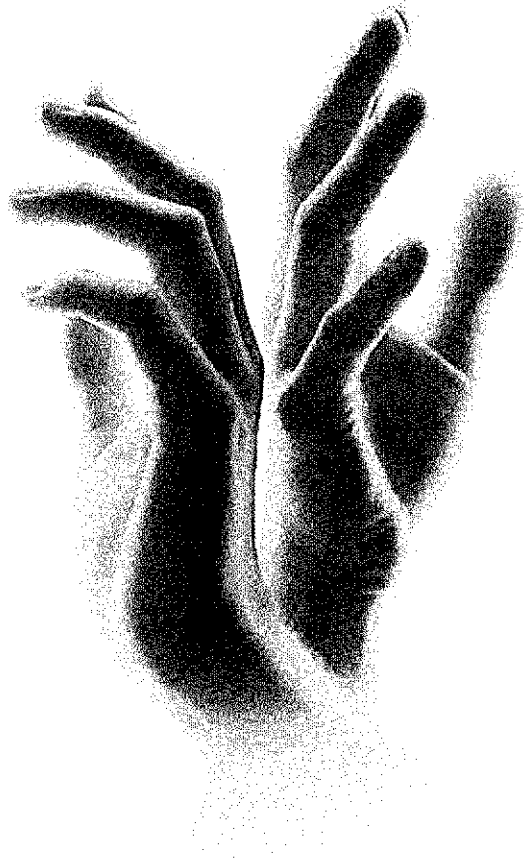
**Keywords: physiotherapy, family health Program (PSF)**

## SUMÁRIO

<b>CAPITULO I.....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPITULO: II.....</b>	<b>14</b>
2. PROBLEMA.....	15
<b>CAPITULO: III.....</b>	<b>16</b>
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 GERAL.....	17
3.2 ESPECÍFICOS.....	17
<b>CAPITULO :IV.....</b>	<b>18</b>
4. JUSTIFICATIVA.....	19
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>20</b>
5. METODOLOGIA.....	21
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
5.3 COLETA DE DADOS.....	22
5.4 ANÁLISE DA DADOS.....	22
<b>CAPITULO VI: REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
6.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	25
6.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	26
6.2.1 FISIOTERAPIA NO PSF.....	28
6.2.2 ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NO PSF.....	30
6.3 FISIOTERAPIA NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	31

6.4	GESTOR PÚBLICO.....	32
6.4.1	COMPETÊNCIA DO GESTOR PÚBLICO ESTADUAL.....	33
6.4.2	COMPETÊNCIA DO GESTOR PÚBLICO MUNICIPAL.....	34
<b>CAPÍTULO VII: DISCUSSÃO.....</b>		<b>36</b>
7.1	RELATO DE CASO.....	36
7.2	DISCUSSÃO.....	37
7.2.1	BASES LEGAIS QUE DETERMINA INCLUSÃO DA FISIOTERAPIA NO PSF.....	37
7.2.2	REAFIRMAÇÃO DA PROPOSTA DO PSF PARA POPULAÇÃO.....	37
7.3	IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA COMO O AGENTE DE REABILITAÇÃO PARA PACIENTES INACAPACITADOS NA PROPIA COMUNIDADE.....	38
7.3.1	ACESSIBILIDADE PRESTADA EM DOMICILIO.....	38
7.3.2	ASSISTÊNCIA PRESTADA EM DOMICILIO.....	39
7.3.3	DESAFOGAMENTO DA REDE HOSPITALAR.....	40
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>		<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>		<b>43</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>46</b>
ANEXO A -LEI 8.080.....		47
ANEXO B -LEI 8142.....		68
ANEXO C -PORTARIA 1.065.....		70
ANEXO D -PROJETO DE LEI 3.256.....		74

# CAPITULO I



# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é um programa do governo federal que teve início em 1994 com abordagem de promoção da saúde, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) propondo um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e a promoção da saúde da família, com o objetivo de oferecer qualidade de vida e assistência as famílias de baixa renda.

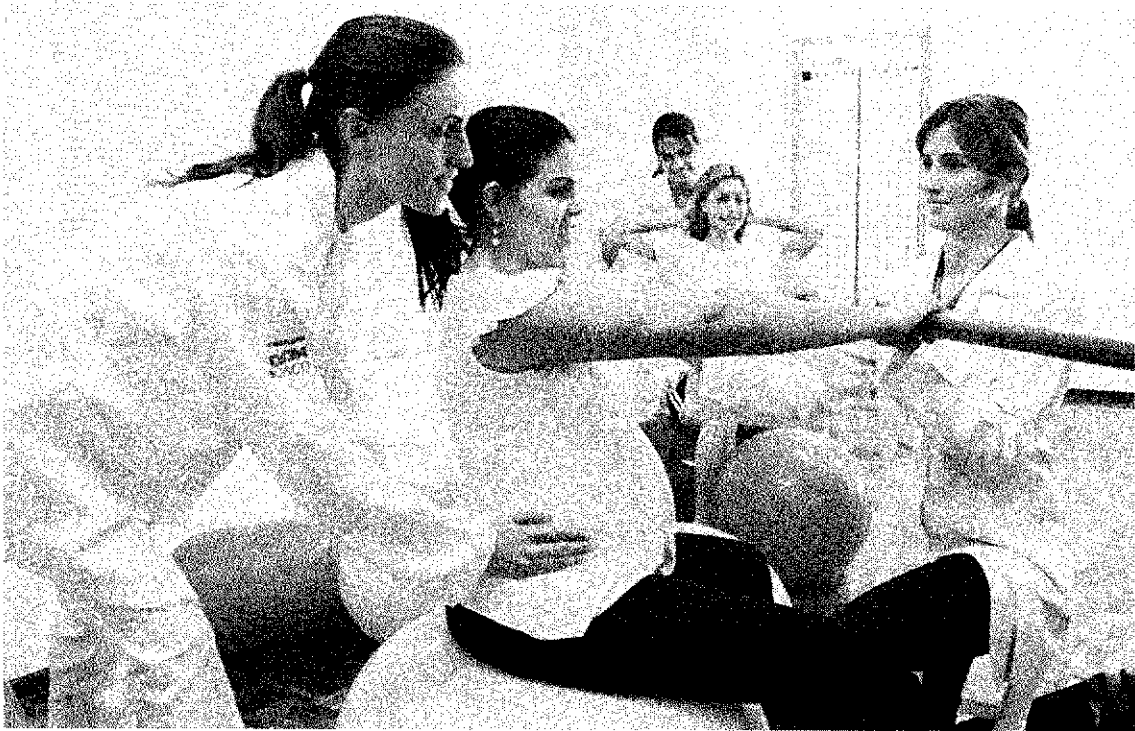
O PSF tem apresentado bons resultados e com isso vem ampliando sua área abrangência oferecendo a inserção de novas especialidades sendo uma delas a atuação da fisioterapia como atenção terciária, ou seja, atuação no nível de reabilitação como estratégia de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência e reabilitação das patologias existentes, o que vem enriquecer ainda mais este programa trazendo uma melhora no custo-benefício tanto para o indivíduo quanto ao serviço de saúde uma vez que este profissional estará atuando na reabilitação.

Hoje o fisioterapeuta é um membro da equipe da saúde com sólida formação científica, que atua desenvolvendo ações de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação, utilizando nessas ações, programas de orientações e promoção da saúde o que poderá atuar de modo interdisciplinar em conjunto com os outros profissionais que fazem parte da equipe, atuando este, na recuperação da saúde de indivíduos incapacitados para locomoção e com dificuldade de deslocamento para o serviço hospitalar com o propósito de realizar sessões de fisioterapia.

A participação do fisioterapeuta é essencial para que o usuário do SUS entenda que a fisioterapia não possui apenas a função reparadora, mas também contribui de maneira resolutiva na saúde funcional de cada cidadão, através de uma atuação preventiva, a fim de diminuir o número de leitos e custos para o tratamento da população.

Diante de tal realidade, este é um estudo de natureza qualitativa com relato de caso que se justifica em contribuir no crescimento científico e profissional na área da fisioterapia, com objetivo de demonstrar as atribuições desse profissional.

## CAPITULO II



## **CAPITULO II**

### **2.PROBLEMA**

Acessibilidade a fisioterapia é fato restrito a convênios e atendimentos particulares o que vem sobrecarregando os atendimentos nos hospitais públicos, onde estes têm responsabilidade para com cliente enquanto o mesmo se encontra interno. E ainda em sua maioria tendo que fazer o acompanhamento de pacientes mais graves, e tendo em vista a grande quantidade de pacientes que necessitam de acompanhamento, há uma super lotação na consonância da quantidade de atendimento disponível pela rede hospitalar. Nota-se que com a disponibilidade de fisioterapeuta na própria comunidade através do PSF, os pacientes teriam a garantia de acompanhamento evitando assim agravamento do quadro clínico.

A partir da exposta, se questiona de que forma atuaria a fisioterapia como membro da equipe disciplinar do PSF ? E ainda, como já foi reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS) da necessidade de inclusão de fisioterapeuta na equipe de saúde da família, porque ainda não foi efetivada esta determinação? O que hoje impede o fisioterapeuta de atuar junto aos profissionais do programa de saúde da família?Quais as dificuldades para inserção dos fisioterapeutas no PSF? Quais as contribuições efetivas desses profissionais na equipe multidisciplinar do Programa de Saúde da Família?

## CAPITULO III





## **CAPITULO III**

### **3.OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Analisar a contribuição do profissional fisioterapeuta, como integrante da equipe multidisciplinar do Programa de Saúde da Família.

#### **3.2 ESPECIFICOS**

- a) Evidenciar política de saúde, que determina inclusão de fisioterapeuta no PSF;
- b) Demonstrar importância do fisioterapeuta como agente de reabilitação para pacientes incapacitados tendo estes a possibilidade de tratamento na própria comunidade;
- c) Identificar as dificuldades para inserção do fisioterapeuta no PSF.

## CAPITULO IV



## **CAPITULO IV**

### **4.JUSTIFICATIVA**

O PSF tem como prioridade trabalhar na atenção básica preconizando ações de saúde essenciais aos cidadãos a um baixo custo oferecido pelo Sistema Único de Saúde, com isso a fisioterapia poderá dessa forma contribuir em áreas específicas, trabalhando com grupos específicos para cada patologia, dando orientações necessárias prevenindo posteriormente os agravos e estudar a participação do fisioterapeuta como agente reabilitador

Porém faz-se importante um estudo deste porte, para demonstrar a importância do fisioterapeuta como agente reabilitador de pacientes com seqüelas reversíveis ou não que necessitam de atendimento o mais próximo possível de suas residências, quando estes não dispõem de recursos financeiros para custear tipo de tratamento, e ainda evidenciar a política de saúde que traz a este profissional a possibilidade legal de atuação junto ao programa.

# CAPITULO V



## **CAPITULO V**

### **5. METODOLOGIA**

#### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, sobre a necessidade de inclusão de fisioterapeuta no PSF. Caracterizando um relato de caso que se dispõe demonstrar a Necessidade da Inclusão do Fisioterapeuta como agente multiplicador no programa de saúde da família.

O Estudo de Caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social. Visa conhecer o seu “como” e os seus “porquês”, evidenciando a sua unidade e identidade própria. É uma investigação que se assume como particularística, debruçando-se sobre uma situação específica, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico (VILABOL, 2008).

Para Minayo (2003, p. 16):

A pesquisa qualitativa, no entanto, trata-se de uma atividade da ciência, que visa à construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2003, p. 16).

#### **5.2 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO DE ESTUDO**

O relato de caso foi colhido em uma Clínica Escola de Fisioterapia em Campina Grande, onde a pesquisadora desenvolveu de estágio acadêmico no período da graduação do curso, durante o mesmo foram observados vários casos de pacientes que necessitavam de acompanhamento contínuo, e que poderia ser realizado fora do

ambiente hospitalar, estes mesmos casos foram encaminhando a clínica através de parcerias entre profissionais médicos e professores, no entanto, a pesquisadora percebeu a necessidade de cada caso ter assistência dentro de sua própria comunidade, através do PSF, pois seria mais proveitoso para os pacientes a assistência em lugar mais acessível e ainda atendimento em seu domicílio. A pesquisadora buscou nos arquivos de pacientes da clínica o estudo de caso citado neste estudo o qual a genitora refere às seqüelas preexistentes decorrentes das dificuldades encontradas em continuar o tratamento de seu filho, pois a mesma não possui condições financeiras e enfrenta dificuldade em conseguir vaga nas redes hospitalares credenciadas pelo SUS.

### 5.3 COLETA DE DADOS

O desenvolvimento da pesquisa teve exequibilidade após acesso ao estudo de caso, às publicações literárias e resumos dos artigos científicos da base de dados do SCIELO, bem como, acesso ao estudo de caso norteador deste estudo. Para iniciar a busca nas fontes de dados foram utilizados no campo de pesquisa às palavras Fisioterapia e PSF. Também foi necessária a leitura exploratória dos resumos e ou livros, afinando de acordo com o objetivo proposto. Durante a leitura seletiva foram excluídos artigos e publicações que não apresentarão informações suficientes para atender os objetivos propostos para este estudo. Aqueles artigos separados para o estudo foram lidos continuamente, possibilitando assim melhor compreensão, identificação e análise.

### 5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foi feito um refinamento do análise de um caso clínico, passando pela etapa de leituras flutuantes, a pré-análise, a qual objetiva que o alvo da leitura ganhe clareza para consciência do pesquisador. A segunda etapa foi à categorização de tópicos emergentes, segundo critérios de relevância e de repetição. Nos casos em que obtivemos uma grande

quantidade de material, utilizamos subcategorização. A terceira etapa foi à validação externa: a supervisão com o orientador da investigação, discussão, debate dos resultados e por último, foram apresentados os resultados de forma descritiva preparando para a discussão do caso. (TURATO, 2003)

## CAPITULO VI





## **CAPÍTULO VI – REVISÃO DE LITERATURA**

### **6.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Segundo o Ministério da Saúde (2003) O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo que abrange todo atendimento necessário ao indivíduo, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, sendo o mesmo criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira e regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema único de saúde também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros. (BRASIL, 2009)

As Leis 8.080/90 e 8.142/90 são chamadas Leis Orgânicas da Saúde – LOS que se Trata de leis complementares que detalham a organização e o funcionamento do novo sistema de saúde estabelecido pela Constituição Federal (BRASIL, 2009). As leis do SUS 8.080/90 e 8.141/90 estão em anexo (Anexo 1 e 2 )

Na lei 8.080 institui o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A lei, no seu Capítulo II – Dos princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” que se Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Para o Ministério da Saúde (MS), A atenção básica constitui um conjunto de ações de caráter individuais ou coletivas situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, baseado nos princípios do Sistema Único de saúde (SUS): integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social, com o intuito de orientar a estruturação desse nível de, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a

prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde visando à operacionalização da Atenção Básica (BRASIL, 2009).

O sistema único de saúde (SUS), tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. É avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional. (BRASIL, 2006).

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade (BRASIL, 2005).

## **6.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Com a finalidade de melhorar a saúde do cidadão brasileiro, surge em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com a proposta de reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, com equipes atuantes nas ações de promoções de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes na manutenção da saúde da comunidade desenvolvido de acordo com as características e problemas de cada localidade para, atender à saúde do indivíduo e da família dentro do contexto da comunidade que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos

e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BORGES; et al,2010).

A participação intensa do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em programas e ações similares de cuidados primários em saúde é condição fundamental para a concretização das diretrizes de uma assistência à saúde realmente integral, ao contrário do tradicional modelo medicalizado, fragmentado, hospitalocêntrico e baseado na dependência e exclusão social. O fisioterapeuta é peça fundamental para a conquista e desenvolvimento de uma assistência à saúde da população que se baseia na inclusão social, centrada na comunidade e na participação efetiva desta, na conquista da saúde como instrumentos através dos quais cidadãos possam realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades, adquirindo a capacidade de mudar seu entorno ou enfrentá-lo. (BARROS, 2002b, p. 8)

Para a Revista Brasileira da saúde da família (2002). O programa Saúde da família (PSF) está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que aponta para mudanças significativas e inovadoras, tanto na parte técnica, política e administrativa dos recursos do setor de saúde, como na própria organização dos serviços e na prática do profissional atuante, prestando atendimentos de qualidade, prevenindo doenças, evitando internações e principalmente melhorando a qualidade de vida da população.

Segundo o autor Véras (2005), O programa Saúde da Família (PSF) tem como papel fundamental de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e com definições de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, operacionalizando mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

A equipe de saúde da família, com base nos fundamentos advindos do saber e da especificidade de cada profissional, busca entender o que é bom para o usuário, promovendo seu bem estar e protegendo seus interesses.

De acordo com Pires (2000), as equipes do PSF devem conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis através dos cadastramentos das mesmas. Devem identificar os problemas de saúde e situações de risco que a população possa estar exposta, dando preferência de atendimento aos casos mais graves avaliando as necessidades mais urgentes de grupos específicos e organizar o serviço de saúde

conforme as prioridades identificadas, sendo composto por uma espécie de pronto-socorro ou pronto-atendimento às famílias que correm risco de ter sua saúde comprometida por problemas sociais, decorrentes da situação que se encontram.

### **6.2.2 A FISIOTERAPIA NO PSF**

A implementação da portaria nº 1.065, (anexo 3) de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde, que cria os núcleos de atenção integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde, podendo tornar-se possível a inclusão do fisioterapeuta e de outros profissionais de saúde nas equipes do **PSF** dos municípios brasileiros (BRASIL,1991).

Na medida em que se tornou mais conhecida e que se ampliaram as áreas de intervenção da fisioterapia, houve um aumento na demanda por esses serviços, porém a oferta não aumentou na mesma proporção. O atendimento restrito, principalmente, aos centros de reabilitação e alguns serviços de atenção secundária, vem ocasionando uma demanda reprimida nesses locais, onde há listas de espera em que as pessoas aguardam durante meses por atendimento. Em outro momento 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 (RIBEIRO, 2006).

A inserção do Fisioterapeuta no programa de saúde da família 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 nos níveis atenção básica primária junto à equipe multidisciplinar (RIBEIRO, 2002).

Segundo Borges et al (2010), em seu trabalho Contribuição do Fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma Revisão da Literatura, falam que hoje o fisioterapeuta é um membro da equipe da saúde com sólida formação científica, que atua desenvolvendo ações de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação, utilizando

nessas ações, programas de orientações e promoção da saúde cuja participação do fisioterapeuta é essencial para que o usuário do SUS entenda que a fisioterapia não possui apenas a função reparadora, mas também contribui de maneira resolutiva na saúde funcional de cada cidadão, através de uma atuação preventiva, a fim de diminuir o número de leitos e custos para o tratamento da população.

O PSF revela-se como o espaço ideal para a inserção da Fisioterapia na atenção básica, principalmente por considerar o usuário na integralidade, envolvendo questões relacionadas à saúde como moradia, saneamento básico, renda, lazer, acesso aos serviços de saúde, não estando limitado apenas à doença, mas sim tendo como foco a saúde e a qualidade de vida com objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde da família, atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral (BRANDÃO, 2008).

De acordo com Barros (2003), o Fisioterapeuta pode ser estabelecido como sendo um profissional da área da Saúde, com todos os seus direitos e deveres em níveis de assistência a saúde, principalmente na prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde das pessoas ou das comunidades. Este profissional cuida da saúde dando destaque pessoal ao movimento e a função, prevenindo, tratando e principalmente recuperando disfunções. Ele pode e deve atuar nas áreas coletivas da saúde, como na saúde pública; ações básicas em saúde; vigilância sanitária e na saúde do trabalhador.

O Fisioterapeuta deve ser consciente da sua importância no setor e não abrir mão dos seus direitos e responsabilidades profissionais. Sendo assim, pode contribuir cada vez mais para melhorar as condições de vida e saúde da população. Com tudo o profissional da Fisioterapia deve fazer parte do PSF, onde é necessária a busca continua para assegurar a qualidade do trabalho em saúde de modo eficaz e seguro (SALVADOR, 2008).

Segundo a autora Avolio (2007), em vários lugares do País a Fisioterapia já vem sendo articulada com o PSF apresentando resultados positivos, sendo município pioneiro de Camaragibe – PE em Dezembro de 1994, onde foram criados e implantados os núcleos de reabilitação do PSF, cujo atendimento estava voltado para a intervenção ambulatorial. Ainda segundo a autora 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 se proliferando ao longo do tempo.

Apesar da importância do desenvolvimento de ações preventivas e educativas, observa-se que, infelizmente, no município de Campina Grande, ainda não apontam o fisioterapeuta como agente multiplicador de saúde no programa de saúde da família podendo o mesmo contribuir na promoção e prevenção de doenças (COFFITO 2001).

Se os gestores do município parassem para analisar a importância da fisioterapia atuante no PSF, através da sua ação preventiva e assistencial os custos e a demanda no atendimento terciário poderiam ser reduzidos

### **6.2.3 ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NO PSF**

Para o autor Pereira (2004) A atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família, se refere à capacidade de liderança e tomada de decisões a atenção à criança, à mulher e ao idoso e assistência as doenças como hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose, doenças infecciosas, mas também nas áreas crônico-degenerativas e traumáticas dentre outras, havendo para cada programa ações específicas de atenção à saúde oferecendo um suporte adequado em nível de atenção básica complementando de forma integrada estes programas.

Ragasson (2006), com o tema: Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: reflexão a partir da prática profissional evidencia as atribuições gerais e específicas do profissional fisioterapeuta no PSF como agente multiplicador de saúde e sua capacitação para atuar nos níveis de promoção, prevenção, preservação e recuperação da saúde no contexto multiprofissional e interdisciplinar nas unidades de saúde enfatizando as atribuições que cabe a este profissional, de forma resumida como um profissional voltado para a educação, prevenção, reabilitação e assistência fisioterapêutica coletiva e individual, inserido e trabalhando de forma interdisciplinar.

Ainda o mesmo autor descreve algumas das atribuições do fisioterapeuta no PSF, a saber: Participar de equipes multiprofissionais com atividades em todos os programas, contribuição no planejamento, promoção e participação de estudos e pesquisas, promover ações terapêuticas preventivas, cumprir a legislação de Vigilância Sanitária, integrar Comissões Técnicas de regulamentação e procedimentos relativos à qualidade, a eficiência e aos riscos sanitários dos equipamentos de uso em fisioterapia, executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida, realização dos

atendimentos domiciliares em pacientes portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas e pacientes acamados ou impossibilitados, assistência a pacientes pediátricos e idosos, orientação a pais e responsáveis, realizar técnicas de relaxamento em pré-natal e puerpério, desenvolverem atividades físicas e culturais para a terceira idade, desenvolver programas de atividades físicas com condicionamento cardiorrespiratório, e ainda atuar de forma integral junto às famílias desenvolvendo ações multidisciplinares,

As atribuições gerais e específicas elencadas pela autora remetem ao pensamento de que a formação para o SUS deverá ser constituída a partir da percepção e necessidade do controle social. Mas para que isso ocorra se fazem necessárias atitudes e ações que criem a demanda e desencadeiem a perspectiva de uma equipe multiprofissional estar atuando de forma integrada e não fragmentada sem proporcionar o meio para o desenvolvimento da autonomia, responsabilização para com o cuidado em saúde, seja individual e/ou coletivo.

### **6.3 FISIOTERAPIA NO ATENDIMENTO DOMICILIAR**

Organização Mundial da Saúde (OMS) define Assistência Domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos” (JUNIOR; et al,2006).

O atendimento domiciliar é imprescindível ao trabalho do profissional fisioterapeuta, pois é quando nós deparamos com a realidade das pessoas, verificando suas atividades de vida diária, suas limitações e a partir daí proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso (SALVADOR; 2008).

A assistência domiciliar constitui uma atividade básica, que é realizada em atenção básica à saúde para responder às necessidades de assistência das pessoas, que de forma temporária ou permanente estão incapacitadas de se deslocar aos serviços de saúde (ALENCAR; 2008).

Para Pontes (2009) a atuação fisioterapêutica em domicílio vai além da atenção direta ao paciente, é também mantido o contato com a família. A proposta no programa é de educar e capacitar membros da família para os cuidados com o paciente no domicílio. Em seu estudo, o autor cita que os pacientes que recebiam atendimento desse profissional na equipe de home-care, na visão do cuidador, apresentavam condições clínicas mais favoráveis, principalmente em relação à dor e a parestesia, que são alterações comumente encontradas nos pacientes neurológicos crônicos, decorrentes dos períodos de imobilização e diminuição das atividades de vida diária.

#### **6.4 O GESTOR PÚBLICO**

Em meio a toda essa expressão proposta para atender os usuários do SUS, com serviços abrangentes de qualidade, houve também a necessidade de atender um conceito imperioso no que se refere à qualificação da gestão deste sistema, foi implantado o pacto pela saúde, que foi consolidado em 2006. Veio como um fortalecimento para a gestão nas três esferas de governo: União, Estados e Municípios (BRASIL, 2006b).

Este é resultado de todo um processo entre os gestores e é constituído de três dimensões: o pacto pela vida – que é um compromisso entre os gestores do SUS em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população–, o Pacto de Gestão que deve contemplar os princípios do SUS e apontar para a construção de um modelo de atenção à saúde que busque responder aos desafios atuais da gestão e dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira –, e ainda, o pacto em defesa do SUS que envolve ações concentradas e articuladas pelas três instâncias federativas, e defende os princípios das políticas públicas (BRASIL, 2006b).

O desafio de toda essa política que envolve o sistema de saúde brasileiro é atribuído ao gestor público, deste dependem a sobrevivência, o crescimento das organizações e desvendar novas oportunidades para escolher a resposta administrativa mais coerente na implementação das mudanças necessárias. O desafio dos gestores do SUS, nas três instância administrativo consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial. Cabe aos gestores públicos uma imensa responsabilidade em



uma rede de compromissos continuados de caráter assistencial e moral para como toda população usuária (BRASIL 1996).

#### **6.4.1 COMPETÊNCIAS DO GESTOR ESTADUAL**

Para os estados habilitados na condição de gestão estadual, serão transferidos diretamente do Fundo Nacional de Assistência Social aos fundos estaduais de assistência social, os recursos referentes às despesas da União com a rede existente na sua área de abrangência, correspondentes a: manutenção dos serviços assistenciais localizados em municípios que ainda não se habilitaram para a gestão municipal, serviços de responsabilidade própria dos estados, que extrapolem os níveis de competência dos municípios por sua complexidade, especialidade e/ou ausência de registro de demanda municipal (BRASIL, 1998).

Os estados terão autonomia de gestão desses recursos segundo a realidade local e as prioridades estabelecidas no Plano Estadual de Assistência Social aprovado pelo Conselho, desde que atendam aos destinatários da Política nas respectivas redes já existentes e que a qualidade do atendimento seja compatível com as diretrizes da NOB 01/96 (BRASIL, 1998).

Em relação aos programas e projetos, os estados habilitados na gestão estadual deverão coordenar a elaboração dos projetos de âmbito estadual ou regional em conformidade com as prioridades do Plano Estadual de Assistência Social e encaminhá-los, com a aprovação do Conselho, para a Secretaria de Assistência Social que examinará sua pertinência de acordo com o estabelecido no item V – 1.3 da NOB 01/96 (BRASIL, 1998).

São identificados quatro papéis básicos na gestão Estadual os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual. O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral. O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS Estadual (BRASIL, 1996).

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel (BRASIL, 1996).

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolve responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de: informação informatizada, financiamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação, apropriação de custos e avaliação econômica, desenvolvimento de recursos humanos, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, comunicação social e educação em saúde (BRASIL, 1996).

No que respeita ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam: exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional, promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS - Estadual, fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS - Nacional, e exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS (BRASIL, 1996).

#### **6.4.2 COMPETÊNCIAS DO GESTOR MUNICIPAL**

Quando em se tratando da gestão dos serviços assistenciais, será prioritariamente de responsabilidade dos governos municipais. Para tanto, serão transferidos recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional de Assistência Social para os fundos municipais daqueles municípios que se habilitarem de acordo com essa NOB. Os municípios terão autonomia de gestão desses recursos, segundo a realidade local e as prioridades estabelecidas no Plano Municipal de Assistência Social aprovado pelo Conselho, desde que atendam aos destinatários da Política nas respectivas redes já

existentes e que a qualidade do atendimento seja compatível com as diretrizes da NOB 01/96 (BRASIL, 1998).

Em relação aos programas e projetos de enfrentamento à pobreza, os municípios habilitados na gestão municipal deverão coordenar a elaboração dos projetos em conformidade com as prioridades do Plano Municipal de Assistência Social e encaminhá-los, com aprovação do Conselho, para a Secretaria de Assistência Social que posteriormente examinará sua pertinência de acordo com o estabelecido no item V-1.3 também da NOB 01/96. (BRASIL, 1998).

## **CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO**

### **7.1 RELATO DE CASO**

C. D. S. sexo masculino 5 anos com diagnóstico de paralisia de Erb em membro superior esquerdo (MSE), decorrente de lesão obstétrica do plexo braquial. Foi acompanhado no período 6 meses no ano de 2008, realizou dez sessões de fisioterapia na Clínica escola de uma instituição particular de campina Grande, onde pode verificar uma resposta positiva das condutas aplicadas.

Como Sinais clínicos o paciente apresentava hipotonia em MSE, (enfraquecimento dos músculos dos membros superiores) diminuição da amplitude de movimento (ADM), ou seja, dificuldade em levantar e baixar o membro, ativa de flexão e abdução de ombro esquerdo, ausência de supinação ativa de antebraço e extensão de ombro esquerdo. As condutas foram adaptadas de acordo com a patologia e limitação que o mesmo, isto para melhor interação e participação ativa ao tratamento. Após o término das sessões se observou que houve boa aceitação das condutas por parte do paciente e estadiamento da flexão no punho. Hoje não há mais conhecimento do caso do menor, visto o fim das sessões e o baixo poder aquisitivo dos genitores para os devidos cuidados, que devem ser realizados por toda vida.

## 7.2 DISCUSSÃO

Com o intuito de demonstrar a importância do fisioterapeuta no PSF para a população, serão abordados, os objetos de análise e discussão achados pela pesquisadora durante leitura das publicações e artigos científicos sobre a inserção do fisioterapeuta no PSF e a importância deste profissional como reabilitador da saúde dos usuários.

Após leitura dos conteúdos foi possível delimitar várias categorias relacionadas com a temática. No que se refere à: Evidenciar política de saúde, que determina inclusão de fisioterapeuta no PSF será destacado a seguinte categoria: reafirmação da proposta dos PSF para a população; para demonstrar a importância do fisioterapeuta como agente de reabilitação para pacientes incapacitados tendo estes a possibilidade de tratamento na própria comunidade foram elaboradas as categorias: acessibilidade ao profissional, assistência prestada em domicílio, e Desafogamento da rede hospitalar.

### 7.2.1 BASES LEGAIS QUE DETERMINA INCLUSÃO DE FISIOTERAPEUTA NO PSF

A Lei 8080 SUS é uma das leis que rege em nosso país e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que consta a regulamentação das obrigações do Estado em relação à saúde da população com a finalidade de promover uma melhor qualidade de vida. (anexo A).

### 7.2.2 Reafirmação da proposta do PSF para a população

Para Fontinelle (2003), o programa da saúde da família foi criado no Brasil na década de 90 em 1994, seguindo modelos vindas de outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá, aonde a Saúde Pública chegou a níveis muito interessantes de qualidade de vida, sendo que no Brasil, o PSF obteve suas próprias características conforme a nossa realidade. O PSF tem como principal objetivo a prática da atenção à

saúde, reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo atenção integral as famílias e as assegurando de serviços clínicos sempre que o seu estado de saúde exija, com isso levando a saúde para mais perto dos brasileiros, preconizando ações preventivas, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos, de forma contínua e integral a todos.

### 7.3 IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA COMO AGENTE DE REABILITAÇÃO PARA PACIENTES INCAPACITADOS NA PRÓPRIA COMUNIDADE

É de extrema importância que o fisioterapeuta torne-se membro da equipe de saúde da família, por ser grande o número de pessoas que necessitam desse serviço, para se obter a melhoria na qualidade de vida daqueles que não possuem condições físicas para se locomoverem até as unidades, bem como, condições econômicas para procurarem outros serviços por meio de ações educativas que visa à manutenção e promoção da saúde. Dessa forma o fisioterapeuta poderá atuar no programa de saúde da família atendendo suas atividades dentro de um aspecto preventivo e de como atuar junto à população, auxiliando toda a equipe de saúde ganhando resolubilidade e efetividade, apresentando um baixo custo e com isso criando um vínculo com a comunidade o qual representa.

#### 7.3.1 Acessibilidade ao profissional

Hoje podemos observar que existe uma grande dificuldade quando se fala em acessibilidade ao tratamento fisioterapêutico nos Centros de Reabilitação, muitas vezes por limitações de locomoção de pacientes decorrentes de suas patologias, pela falta de condição econômica financeira, ou mesmo pela lista de espera nas unidades hospitalares de referência em fisioterapia, e isso vem ocasionando uma demanda reprimida e, em conseqüência, uma população mais doente, dificultando assim o controle das patologias pela por falta de prevenção, com isso a fisioterapia vem ampliando o seu campo de atuação e ganhando espaço principalmente na área da saúde básica, assim torna-se mais conhecida verificando-se um aumento na demanda por esses serviços, porém, contraditoriamente, a oferta não aumenta na mesma proporção.

Segundo o autor Miguel (2005):

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 p.3).

Por essa razão vem crescendo a necessidade da implantação da fisioterapia no programa de saúde da família com a finalidade de oferecer uma melhor qualidade de vida.

### **7.3.2 Assistência prestada em domicílio**

O Atendimento Domiciliar é um serviço oferecido, cujos pacientes apresentam dificuldades seja elas financeiras ou não para realizar o tratamento fisioterápico fora da residência, que tem como papel primordial a intervenção e estimular a independência do paciente e de seus familiares, visando criar condições para que estes, paciente e família, desempenhem diversas atividades de complexidade pequena no ambiente doméstico (NOGUEIRA, 2000), significando uma possibilidade de aceleração no processo de tratamento e uma maneira de permitir que todos trabalhem em um mesmo conjunto de objetivos (AVOLIO, 2007).

Com o atendimento domiciliar pode-se afirmar que as ações fisioterapeúticas como as atividades programadas e integradas de caráter preventivo ou assistencial previnem as reinternações hospitalares ou evitam o agravamento do estado de saúde, além de proporcionarem segurança e conforto ao usuário e seus familiares oferecendo uma importante ferramenta estratégica de gestão no setor saúde.

A assistência prestada em domicílio à saúde oferece atividades com diversos aspectos em comum, que se diferencia por constituir uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção e prevenção à saúde de um modo geral que visa à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências.

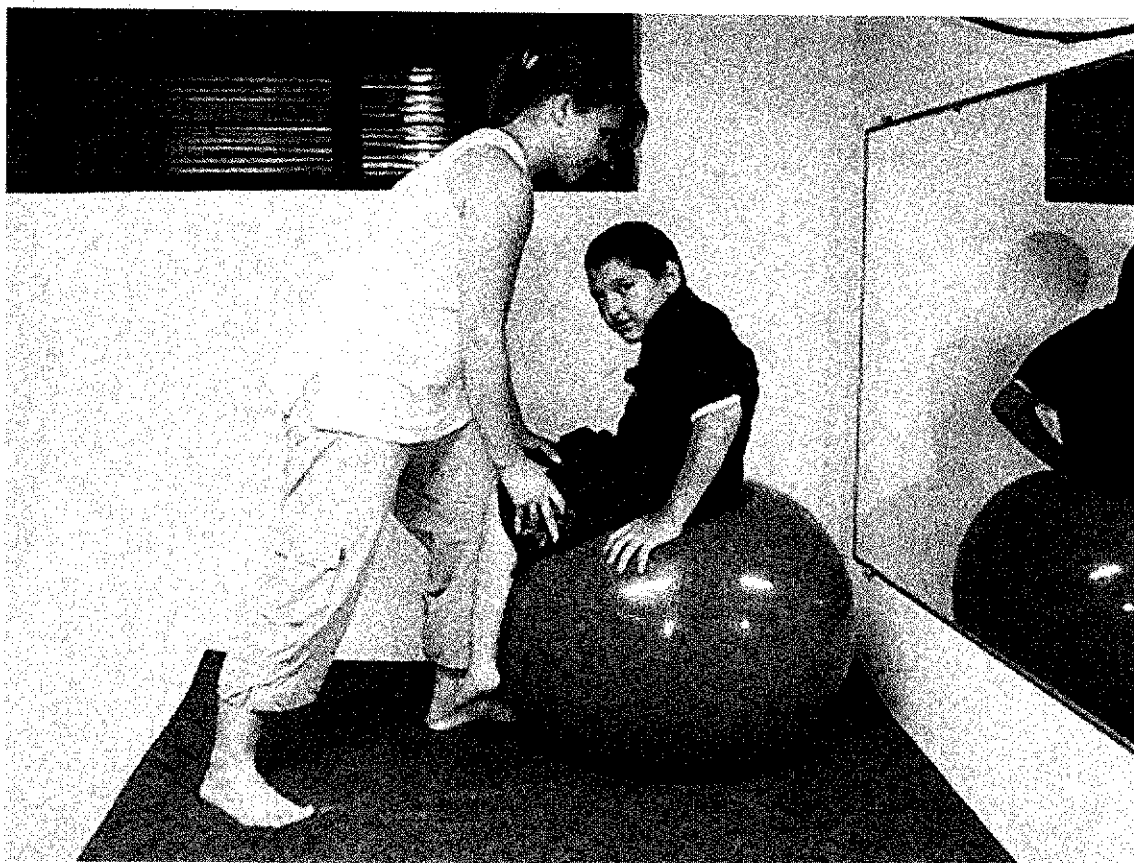
### **7.3.3 Desafogamento da rede hospitalar**

A Fisioterapia nos serviços de atenção a saúde é considerada um processo em construção, por estar associada, principalmente a criação da profissão, rotulando o fisioterapeuta apenas como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas seqüelas. Por este sentido, vem-se, gerando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção primária e com isso vem acarretando uma maior demanda de pacientes nas unidades hospitalares (RIBEIRO, 2002).

Com a implantação do fisioterapeuta no programa de saúde da família a possibilidade de um tratamento adequado e com acompanhamento do quadro clínico do paciente trará benefícios que se estende não apenas ao cliente, mas proporciona um atendimento eficaz e resolutivo que atende as suas necessidades, e ainda possibilita o desafogamento da demanda existente na rede hospitalar onde a mesma passa a prestar melhor assistência aos pacientes graves que requerem tratamento mais específico da alta complexidade



## CONSIDERAÇÕES FINAIS



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível demonstrar as dificuldades e a importância da inserção da fisioterapia na atenção básica como agente multiplicador em programas de saúde da família, devido à grande demanda de pessoas que precisam do serviço, mas que são impossibilitadas pelos limites físicos que muitas patologias trazem junto às condições sócio-econômicas, que em sua maioria são precárias, até mesmo para gastos em transportes e mesmo assim, se vencem todas essas dificuldades e vão para o centro de reabilitação (público, hospitais) onde muitas vezes não se tem vaga ou ficam aguardando numa lista de espera, e com isso a fisioterapia vem como uma resposta aos apelos da comunidade sendo o PSF uma forma atual de viabilizar esse acesso. (ARRUDA, et al,2009).

A participação do fisioterapeuta no PSF e em programas de caráter educativos, preventivos e de recuperação em saúde contribuirá para que a realização da assistência à saúde realmente seja de maneira integral, baseada na dependência e exclusão social considerando o fisioterapeuta como uma peça fundamental na conquista e desenvolvimento de uma assistência à saúde da população que se baseia na inclusão social.

Na realidade a inclusão do fisioterapeuta como membro da equipe de saúde da família, ainda é limitado em algumas regiões brasileiras e sua inserção nesses serviços ainda é um processo em construção.

## REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, A.C.S. et. al, A fisioterapia na atenção básica: atuação com gestantes em caráter coletivo, *Revista Fisioterapia Brasil* – V. 9 – N.2 – março/abril de 2008
- BARROS, F. B. M. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. *Fisiobrasil*, n. 59, maio/junho. 2003
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília: MS, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 1991.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Novos Horizontes. **Revista brasileira de saúde da família**. DF. ano II, pag.02.Jan.2002.
- BORGES, Andrea Maria Pinheiro V.A.M;GONÇALVES Maria A.N.;LOVATO Margarete .A Contribuição do fisioterapeuta no programa de saúde da Família:uma revisão da literatura Uniciencia.V.14,n1..2010.Disponível em :<http://WWW.jano.nide.com.br/index.pdf/uniciencia/article/view/200>[acesso em agos 2010.
- JUNIOR, Eliezer Rodrigues Bello; VITAL, K.R.;MORAIS L.R.Atendimento fisioterápico em domicilio.CNfsio.2006:Disponível em:<http://www.fisioweb.com.br>[acesso em jul 2010]
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**, ed. Hucitec 1999.
- MIGUEL, R. A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: Reflexões a partir das experiências no Município de Macaé.RJ. Nov 2005
- BRASI, Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. [acesso em: jun 2009]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf)
- BRASI, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.
- RIBEIRO KSQS. **A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde** – reflexões a partir de uma experiência universitária. Fisioter. Brás 2002.
- BARROS, F. B. M. (Org). **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
- Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Camaragibe-Modelo de Atenção Voltado à Família. O COFFITO 2001.

Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. PSF: Os exemplos de Sobral, Campos e Macaé. O COFFITO 2003;

PEREIRA, F. W. A. et al. A Inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. *Sonare*, Sobral, ano 5, n.1, p.93-100, fev./mar. 2004.

RIBEIRO, K. S. Q. **A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde.** *Fisioterapia Brasil*, v.3, n.5, p.311-318, 2002

RAGASSON C.P.A., ALMEIDA D.C.S., COMPARIN K., MISCHIATI M.F., GOMES J. T. *Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir da prática profissional.* Acessado em: 28 jun. 2010 pelo site: [http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes\\_psf.rtf](http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes_psf.rtf)

VÉRAS MMS. Ministério da Saúde **Incentiva Fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família.** *Fisioter. Bras.* São Paulo; 2005; 9(73): 56

BRASIL, Ministério da Saúde. Leis orgânicas da Saúde [acesso em: jun 2009]. Disponível em: [http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3&Itemid=10](http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=10)

ACERDA DAL DE, RIBEIRO, ÁSQS. **Fisioterapia na comunidade.** João Pessoa: UFPB Ed. Universitária. 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS: A saúde do tamanho do Brasil.** [acesso em: jun 2009]. Disponível em: [http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3&Itemid=10](http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=10)

BRASIL, Ministério da Saúde. **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** [em set 2010]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/saude/.../default.cfm>

ALENCAR MCB, HENEMANN L, ROTHENBUHLER R. **A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar.** *Fisioter. Mov.* 2008 jan/mar.

SALVADOR, Gláucia Golono; DELFRARO Juliana Aparecida Santos. **O Fisioterapeuta no programa de saúde da família.** Inesul. Londrina. 2008. disponível em: <http://WWW.glauciasalvador@pop.com.br> [acesso em :jun de 2010].

PIRES, D. Reestruturação Produtiva e Conseqüência para o Trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, SP, n.53, 2000.

PONTES Rúbia Adélia .O perfil do atendimento fisioterapêutico na atenção básica de saúde .Tubarão .SC. Nov.2009. Disponível em :[http://WWW.fisio.tb.unisul.br/tcc/09b/rubia/artigo\\_rubia.pdf](http://WWW.fisio.tb.unisul.br/tcc/09b/rubia/artigo_rubia.pdf) [acesso em jul 2010]

VILABOL. Disponível em <<http://mariaalicehof5.vilabol.uol.com.br/>> Acesso em 27/09/2010.

TURATO, E. R. **Tratado da metodológica da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comprada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** Petrópolis-RJ: Vozes, 2003

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

FONTINELE, Jr. K. **Programa de Saúde da Família (PSF) - Comentado.** Goiânia: AB, 2003

# ANEXOS



**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** faz saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

**TÍTULO I  
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

## TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

### CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;



IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração,

armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III

#### Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões inter-setoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e fármaco-epidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do

Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

## CAPÍTULO IV

### Da Competência e das Atribuições

#### Seção I

#### Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde autorizada pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II  
Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)



Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

## CAPÍTULO V

### Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

## CAPÍTULO VI

### DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

## CAPÍTULO VII

### DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

## TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### CAPÍTULO I Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

### CAPÍTULO II Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

3º (Vetado).

4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

#### TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

1 Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

#### TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

## CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

1 Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

2 As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

3 As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

4º (Vetado).

5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

6º (Vetado).

## CAPÍTULO II Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

2º (Vetado).

3º (Vetado).

4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.



2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

3º (Vetado).

4º (Vetado).

5º (Vetado).

6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

1º (Vetado).

2º (Vetado).

3º (Vetado).

4º (Vetado).

5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

7º (Vetado).

8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR  
*Alceni Guerra*



**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.**

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** faz saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR  
*Alceni Guerra*

**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 autocuidado;

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 possa 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. 10. 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. 11. 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. 12. 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. 13. 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. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

## ANEXO D – Projeto Lei 3.256

### **PROJETO DE LEI N.3256 de 2004 (Do Sr. Geraldo Resende)**

Dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento fisioterapêutico pelas equipes do Programa de Saúde da Família.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica o Programa de Saúde da Família, criado pelo Sistema Único de Saúde, obrigado a prestar serviço de fisioterapia, de forma a garantir o acesso de todos os cidadãos aos meios e técnicas necessárias para resolução dos problemas relacionados a esta especialidade.

Art. 2º Os recursos para custeio desta nova atividade advirão do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família-PROESF.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

### **JUSTIFICAÇÃO**

O Brasil, nos últimos anos, vem conquistando gradativamente importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Constituição de 1988 e pelas Leis complementares do setor, vem sendo aos poucos desenvolvido sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Entretanto, um grande desafio ainda permanece, a necessária e urgente tradução dos avanços legais obtidos em mudanças efetivas e resolutivas na prática da atenção à saúde da população. A estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida. Para tanto, a prática da saúde deve ser humanizada, buscando a satisfação do usuário por meio de seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde, cuja assistência, necessariamente, deve ser desenvolvida de forma universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades e elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

Tendo em vista o estabelecimento, por meio da Lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002, da modalidade de atendimento domiciliar e a internação domiciliar e que nesta modalidade de assistência incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio; propomos, por meio deste Projeto de Lei, a incorporação dos fisioterapeutas nas equipes do Programa de Saúde da Família.

A necessidade da transformação das práticas de saúde tem demandado o redirecionamento da formação dos profissionais de saúde, de forma que se possa garantir os níveis de resolubilidade desejados no exercício das atividades referentes à complexidade de sua atuação. Essa demanda inclui ainda o resgate do exercício da prática profissional de forma ética, vinculada ao exercício da cidadania, baseada na compreensão de que as condições de vida determinam as condições de saúde de uma dada população. Por outro lado, consideramos relevante a aplicação adequada dos escassos recursos disponíveis. Neste aspecto, os recursos do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família-PROESF, ao pretender o apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde, o desenvolvimento de recursos humanos e o monitoramento e avaliação da atenção básica; incorporando às suas equipes o profissional fisioterapeuta estará contribuindo para o fortalecimento da atenção básica à saúde no nosso país, aumentando o acesso aos serviços e propiciando a melhoria da situação de saúde da nossa população.

Sala das Sessões, em de março de 2004.

Deputado Geraldo Resende  
PPS/MS