Vanessa Andrade Caldeira

Prática de terapia ocupacional em unidade básica de saúde na atenção às pessoas com deficiência

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Movimento, Postura e Ação Humana
Orientadora: Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver

São Paulo
2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Caldeira, Vanessa Andrade
Prática de terapia ocupacional em unidade básica de saúde na atenção às pessoas com deficiência / Vanessa Andrade Caldeira. -- São Paulo, 2009.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.
Área de concentração: Movimento, Postura e Ação Humana.
Orientadora: Fátima Corrêa Oliver.

Descritores: 1.Prática profissional 2.Terapia ocupacional 3.Atenção primária à saúde 4.Pessoas com deficiência/reabilitação 5.Saúde pública 6.Trabalho

USP/FM/SBD-223/09

DEDICATÓRIA

A todos os terapeutas ocupacionais que, como eu,
esperaram o término dessa pesquisa.

"**TO5:** Agora no momento eu estou esperando...
Pesquisadora: A minha pergunta?
TO5: Não, a sua tese (sic). Mostrando o que faz, o que não faz [uma terapeuta ocupacional em unidade básica de saúde], o que deve fazer pra gente ter um norte...
Pesquisadora: Isso vai ficar no prefácio da minha pesquisa"
(Entrevista TO5).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus,
pelo cuidado que tem por mim,
por demonstrar diariamente sua presença em minha vida.

Agradeço a minha família.
Pai, obrigada pelas tabelas, quadros e o mapa, pela assessoria técnica nos aparatos eletrônicos, pela adaptação da mesa no sol, pelo *a La Doca* e pelo *Kaloba.*
Mãe, obrigada pelas correções de português, pelos resumos, pelas dicas, pela paciência, pelos bolos, pelo mel e pela vitamina C.
Adorei o interesse e o empenho para ler minha dissertação!
Irmã, obrigada pelas traduções em inglês, pelos telefonemas e mensagens fortalecedoras para meu caminhar e,
principalmente, pelo seu amor.
Agradeço por você ser a minha maior fã!
Tenho certeza que cheguei aqui pelo cuidado e amor de vocês!

Agradeço a capoeira,
pelo turbilhões de emoções imprevisíveis,
pela oportunidade de me aprimorar enquanto pessoa,
pelos exercícios físicos, pela música, pelo toque do berimbau e,
principalmente, pelos amigos,
Márcia, Odair, Andreza, Adriana, Roman, Vanessa e Vinicius.
Saudade de vocês!

Agradeço aos meus amigos
que não desistem de mim,
apesar da minha ausência.
Ju, finalmente, vou conhecer a Joana!
Andréa, “esse ano eu vou pra Bahia da qualquer maneira!”,
Bigoo, chegou a hora de colocarmos a conversa em dia!

Agradeço a Fátima Oliver,
pelo voto de confiança,
pela dedicação, pela paciência, pelas leituras atentas,
pela prontidão em responder minhas dúvidas, pelas orientações
pelo ensino e questionamentos.
Aprendi muito!

Agradeço à Marta e à Taísa pela ajuda com as pedras do caminho!
Agradeço ao Fafito, por poder contar sempre com sua ajuda!

Agradeço às terapeutas ocupacionais
participantes desse estudo,
a oportunidade de conhecer seus trabalhos!

SUMÁRIO

Lista de siglas e abreviaturas

Lista de figura, quadros e tabelas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO ***1***

2. OBJETIVOS ***10***

3. PRÁTICA ASSISTENCIAL JUNTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO À SAÚDE ***12***

Limites da prática assistencial tradicional 13

Principais características da atenção básica em saúde 17

Análise crítica das propostas assistenciais 24

Terapia ocupacional 37

4. PERCURSO METODOLÓGICO ***50***

5. PROCESSO DE TRABALHO: UM PANORAMA GERAL ***63***

Percurso e formação profissional 64

Estrutura organizacional dos serviços 68

Atividades realizadas 73

Dificuldades do trabalho 76

Especificidades do TO na atenção básica em saúde 81

6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO ***85***

7. PROCESSO DE TRABALHO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE ***114***

Primeiro Contato/Porta de entrada 115

Continuidade ou Longitudinalidade 119

Integralidade 124

Coordenação 130

Centralização na família 132

Orientação para a comunidade 133

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS ***137***

9. ANEXOS ***147***

10. REFERÊNCIAS ***165***

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

[OA]	Objeto de Avaliação
[OI]	Objeto de Intervenção
AE	Ambulatório de Especialidades
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADNPM	Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
APPD-SUS	Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde
ATENDE	Atendimento Especial. Transporte gratuito para pessoas com deficiência física da prefeitura municipal de São Paulo
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPPESQ	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEDECA	Centro de Defesa do Direito da Criança e do Adolescente
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CIPESC	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
COFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho(s) Regional(is) de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO-3	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3º região – São Paulo
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DATESAPD	Diretrizes da Área Temática de Saúde da Pessoa com Deficiência
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESD	Equipe Saúde do Deficiente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FC	Fatores Contextuais
FE	Função e Estruturas Corporais
FI	Funcionalidade e Incapacidade

Freq. (%)	Freqüência em porcentagem
n	número de respostas ou de participantes
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCD	Pessoa com Deficiência
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PNSPPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PSF/QUALIS	Programa de Saúde da Família - Qualidade Integral em Saúde no município de São Paulo
RBC	Reabilitação Baseada na Comunidade
Reab.	Reabilitação
RG	Registro Geral
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapeuta(s) Ocupacional(is)
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
USF	Unidade(s) Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita domiciliar

LISTA DE FIGURA, QUADROS E TABELAS

Figura 1 - Localização dos terapeutas ocupacionais em unidade básica de saúde, segundo supervisões técnicas de saúde e populações acompanhadas - 2006 a 2008 70

Quadro 1 - Aspectos investigados para descrever o trabalho dos terapeutas ocupacionais, segundo atributos da atenção primária em saúde 62
Quadro 2 - Diretrizes valorizadas da atenção básica em saúde 82
Quadro 3 - Tipos de atividades valorizadas e suas funções 84
Quadro 4 - População atendida 84

Tabela 1 - Municípios com o maior número de terapeutas ocupacionais em atenção básica em saúde por tipo de unidade 7
Tabela 2 - Terapeutas ocupacionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, segundo tipos de unidades e regiões de saúde - 2006/2007 64
Tabela 3 - Conhecimento das terapeutas ocupacionais sobre a implantação da terapia ocupacional na unidade básica de saúde 65
Tabela 4 - Experiência das terapeutas ocupacionais em unidade básica de saúde 66
Tabela 5 - Tipos de cursos realizados 67
Tabela 6 - Área de abrangência do trabalho das terapeutas ocupacionais por tipo de unidade básica onde estão alocadas as TO 68
Tabela 7 - Área de atuação das terapeutas ocupacionais por tipo de unidade básica onde estão alocadas as TO 68
Tabela 8 - Critérios de seleção da população atendida 72
Tabela 9 - Tipos de grupos realizados 73
Tabela 10 - Tipos de atividades regulares e esporádicas 75
Tabela 11 - Dificuldades identificadas no trabalho 77
Tabela 12 - Contribuição da terapia ocupacional na atenção básica em saúde 81
Tabela 13 - Principais características das unidades básicas de saúde 101
Tabela 14 - Principais características e determinações do trabalho das terapeutas ocupacionais 102
Tabela 15 - Atividades desenvolvidas e populações atendidas na semana de observação 104
Tabela 16 - Principais objetos de intervenção nos grupos 105
Tabela 17 - Objetos de avaliação e de intervenção nos atendimentos individuais .. 107
Tabela 18 - Relevância e aumento do número de terapeutas ocupacionais em unidades de atenção básica em saúde no Brasil - de agosto de 2007 a março de 2009 138
Tabela 19 - Aumento do número de terapeutas ocupacionais em unidades de atenção básica por municípios com maior incidência desse profissional no nível assistencial citado - de agosto de 2007 a março de 2009 138

RESUMO

Caldeira VA. *Prática de terapia ocupacional em unidade básica de saúde na atenção às pessoas com deficiência* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

O estudo descreve os processos de trabalho de terapeutas ocupacionais (TO) em unidades básicas de saúde (UBS) na atenção às pessoas com deficiência. Tem como referencial teórico as propostas assistenciais dirigidas a essa população na atenção básica em saúde e o processo de trabalho enquanto uma forma de apreender a tecnologia (principalmente os instrumentos não materiais) utilizada pelos profissionais na prática assistencial. O universo de pesquisa foi a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) por concentrar o maior número de TO em UBS. Na primeira fase, foi realizada a caracterização inicial das unidades e do processo de trabalho através de questionário enviado aos 36 TO em UBS. Foram respondidos 18 questionários. Os TO pesquisados têm, em média, oito anos de experiência em atenção básica, autonomia para atuação profissional e estão satisfeitos com os locais de trabalho. Onze TO estão em UBS tradicionais e sete em UBS com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Dois TO trabalham, predominantemente, na área de reabilitação e sete, na área de saúde mental. Seis TO trabalham nas duas áreas. O atendimento em grupo é o recurso mais utilizado pelos profissionais. A segunda fase da pesquisa foi realizada com cinco TO que trabalham com pessoas com deficiência e que se dispuseram a continuar no estudo. Utilizamos como instrumentos de coleta de dados a observação e entrevista. Três TO estão em UBS tradicionais, e dois em UBS com ESF e com propostas específicas de reabilitação. Todos os TO facilitam o primeiro contato de pacientes com seus serviços, mas o acesso de pessoas com deficiência graves foi maior nas UBS com ESF. Dois TO, os que trabalham em UBS com ESF, têm como princípio atender ao longo do tempo as pessoas com deficiência. Dentre os TO que estão em UBS tradicionais, um acredita que essa não é uma função da UBS, e outros dois priorizam atender apenas alguns casos ao longo do tempo, dada à indisponibilidade de vagas. A integralidade é promovida por todos os TO pela diversidade de objetos de trabalho, entre eles a aprendizagem, as relações interpessoais familiares, a escola, as funções corporais e a participação social. Os TO buscam coordenar o cuidado com outros serviços, porém, este é limitado pela falta de um fluxo estabelecido. Todos os TO apresentaram alguns ou vários aspectos de um trabalho orientado para comunidade: a realização de atividades em instituições do território, a participação no conselho gestor da UBS e a intervenção em questões como a falta de vagas nas creches. O planejamento do trabalho é precário, centralizado na perspectiva dos profissionais e não do serviço, mas observam-se iniciativas das TO em UBS com ESF e com uma proposta específica de reabilitação. Os trabalhos dos TO em UBS dialogam com os atributos da atenção primária em saúde, porém, a diversidade da estrutura organizacional das UBS e a falta de uma proposta de reabilitação da SMS nesse nível assistencial, limitam o acesso e a atenção integral à parte significativa da população com deficiência.

Descritores: 1.Prática profissional 2.Terapia ocupacional 3.Atenção primária à saúde 4.Pessoas com deficiência/reabilitação 5.Saúde pública 6.Trabalho

SUMMARY

Caldeira VA. *Occupational therapy practice in primary health care in attention to disabled person* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

This study describes the work processes of occupational therapists (OT) in primary health care units (PHCU) in attention of disabled person. It has as theoretical referential the care proposals directed to this population in primary health care and the work process as a way to learn the technology (mainly non-material instruments) used by professionals in care practice. The research universe was the city of São Paulo Health Department due to group together most of OT in PHCU. In the first phase, it was performed initial characterization of the units and work processes through a questionnaire sent to the 36 OT in PHCU. Eighteen questionnaires were answered. OT related an average of 8 years experience in primary care, independence for professional performance and are satisfied with the place of work. Eleven OT are in traditional PHCU and seven in PHCU with Family Health Strategy (FHS). Two OT work, mainly, in the rehabilitation area and seven in mental health area. Six OT work in both areas. The group attendance is the most used resource by professionals. The second phase of the research was performed with five OT that work with disabled person and that agreed to continue in the study. It was used as data collection instrument the observation and interview. Three OT are in traditional PHCU and two in PHCU with FHS and with specific rehabilitations proposals. Every OT facilitate first contact of patients with respective services, but the access of severed disabled person was higher in PHCU with FHS. Two OT, among the ones that work in PHCU with FHS, have as principle to attend through time disabled person. Among OT that work in traditional PHCU, one of them believes that this is not a function of the PHCU, and two other OT give priority in attendance of some cases through time, due to vacancies inexistence. Integrality is promoted by every OT by diversity of working objects, among them the apprenticeship, interpersonal familiar relationships, the school, the body functions and the social participation. OT are asked by disabled patients to coordinate care with other services. This care, nevertheless, is limited by the absence of an established workflow. Every OT related some or several aspects of a work focused on the community: the development of activities in territorial institutions, the participation in the director council of the PHCU, the intervention in matters as the absence of vacancies in child daycare facilities. The work planning is precarious, focused in the professionals' perspectives and not in the service perspectives, but it was observed initiative of the OT in the PHCU with FHS and a specific rehabilitation proposal. The works of the OT in the PHCU dialogue with health primary care attributes. The diversity of PHCU organizational structure and the lack of a specific rehabilitation proposal at this assistance level, however, limit the access and whole attention to significant part of the disabled population.

Descriptors: 1.Professional practice 2.Occupational therapy 3.Primary health care 4.Disabled people/rehabilitation 5.Public health 6.Work.

1. INTRODUÇÃO

A escolha e relevância do tema

O tema da pesquisa foi a prática de terapia ocupacional na atenção básica[*] às pessoas com deficiência, no que concerne ao processo de trabalho em saúde.

A aproximação a essa temática teve início ainda na graduação quando a pesquisadora atuou como bolsista num projeto denominado Reabilitação Baseada na Comunidade[**] (RBC), desenvolvido por profissionais e estagiários em Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP). Esse projeto buscava desenvolver ações básicas de saúde dirigidas às pessoas com deficiência e à população em geral com base nas peculiaridades do território. Participar do desenvolvimento da concepção de RBC foi um trabalho com o qual a bolsista se identificou de tal maneira que pretendia transferir para a prática profissional a apropriação de habilidades e conhecimentos decorrentes dessa experiência.

Em 2004, quando foi contratada pela Prefeitura Municipal de São Paulo como terapeuta ocupacional (TO) para atuar numa Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para reabilitação, sua expectativa era realizar um trabalho semelhante àquele que havia desenvolvido à época da graduação. Iniciou suas ações cadastrando pessoas com deficiência moradoras da área de abrangência da UBS. Buscou identificar e registrar suas necessidades específicas, realizar constantes visitas domiciliares, articular ações intersetoriais e agregar pessoas com deficiência para discussão sobre seus direitos. Entretanto, no decorrer de um ano, houve uma diminuição significativa de visitas domiciliares e praticamente todas as ações eram

[*] Ambos os termos *Atenção Básica* e *Atenção Primária* em Saúde serão utilizados nessa pesquisa. Apresentaremos predominantemente o termo *Atenção Básica* por este ser o utilizado pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006). O termo *Atenção Primária* será apresentado quando fizermos referência às questões colocadas por Starfield (2002), pois este é o termo utilizado por esta autora.

[**] Atualmente o projeto é denominado Reabilitação com Ênfase no Território.

da clínica tradicional e aconteciam apenas na UBS. O cadastro das pessoas com deficiência e suas necessidades específicas servia cada vez menos para organizar propostas coletivas de trabalho com a equipe de reabilitação. O terapeuta acreditava que os limites de sua prática eram determinados pela baixa instrumentalização para atuar na atenção básica em saúde.

Para refletir sobre esse contexto e buscar meios de transformar sua prática profissional, o terapeuta cursou em 2005/2006 uma especialização em saúde coletiva com enfoque na atenção básica, ministrada na Escola de Enfermagem da USP. Durante o curso, se aproximou da discussão sobre processo de trabalho em saúde, mais especificamente do enfermeiro. Para este profissional, que já está tradicionalmente inserido nas ações de saúde pública, o processo de trabalho é bem mais conhecido, sendo possível, inclusive, uma Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Pública – CIPESC (Egry et al., 1999) e a utilização de protocolos de atendimentos específicos na atenção básica. Discussões mais aprofundadas sobre o papel do enfermeiro no atendimento a diferentes populações – como crianças, idosos, gestantes, mulheres - pareciam distantes da forma de atuar do terapeuta e das necessidades específicas da população com deficiência com a qual trabalhava.

Então, a pesquisadora buscou conhecer a produção científica acerca do processo de trabalho de TO na atenção básica à saúde das pessoas com deficiência e constatou que o material é praticamente inexistente. Entretanto, sabia, a partir da participação em reuniões promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de São Paulo (SP), que outros TO trabalhavam em atenção básica atendendo pessoas com deficiência, o que despertou seu interesse em conhecer seus trabalhos.

Essa temática se torna relevante pela crescente incorporação de TO neste contexto. O Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) indicam que em agosto[*] de 2007 havia 542 TO em unidades de atenção básica (centro/unidade básica/posto de saúde/centro de apoio à saúde da família), em agosto de 2008 havia 720, em março de 2009 já eram 823 (Datasus, 2009a).

O estudo de ações na atenção básica à saúde das pessoas com deficiência é hoje considerado relevante, pois a Política Nacional de Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiência (2002) recomenda que esse nível de atenção facilite o acesso dessa população ao sistema de saúde. Acrescenta-se, ainda, a importância que a atuação com os elementos que são típicos da Atenção básica em saúde brasileira - como recursos institucionais de determinado território e as abordagens familiares e comunitárias - têm como facilitadores da inclusão social das pessoas com deficiência.

Apesar da importância da atenção básica à saúde das pessoas com deficiência, há poucas avaliações sobre ações nesse nível assistencial como constatado a partir de um breve levantamento. Foram selecionados os documentos de avaliação da atenção básica, publicados e disponíveis no *site* do Ministério da Saúde[**]: "Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica" (Brasil, 2003), "Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família" (Brasil, 2005a), "Avaliação na Atenção Básica em Saúde" (Brasil, 2005b) e "Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família" (Brasil, 2004). Pesquisamos nesses documentos os seguintes termos: *deficiência*, *deficiente* e *reabilitação*.

[*] Período mais antigo (agosto de 2007) disponível no CNES.
[**] www.saude.gov.br/dab/publicacoes.php

Localizamos o termo *deficiência* apenas no "Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica" (Brasil, 2003). Neste documento, um dos indicadores de integralidade na rede de atenção básica está na proporção de UBS que desenvolvem acompanhamento do processo de reabilitação das pessoas com deficiência. Não fica claro, porém, se o acompanhamento é a realização de ações de saúde pelas próprias equipes de atenção básica e/ou o acompanhamento dos encaminhamentos para outros níveis de atenção.

No documento "Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família" (Brasil, 2005a), o termo *reabilitação* é definido como tendo por propósito

> (...) restabelecer a capacidade funcional das pessoas que a tiveram prejudicada como conseqüência do processo de adoecimento. No contexto da Estratégia Saúde da Família, as ações de reabilitação requerem o estreito envolvimento da família e de condições domiciliares para o alcance de melhores resultados nessa dimensão do cuidado, assim como acesso a serviços especializados de reabilitação quando necessário.

Nesta definição também não é possível identificar quais ações de reabilitação são de responsabilidade das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e quais destas serão encaminhadas para os serviços especializados. Essas ações ficam mais claras quando o documento apresenta como indicador de alta qualidade do serviço se as ESF desenvolvem atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental. A reabilitação, neste contexto, é destinada exclusivamente à população em sofrimento mental. A população com deficiência não é citada, mas se faz referência a algum possível atendimento a essa população a partir de encaminhamento para fisioterapia e fonoaudiologia, não sendo citada a terapia ocupacional.

Há um descompasso entre as propostas de indicadores de integralidade do "Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica" (Brasil, 2003) - que incluem ações de reabilitação para pessoas com deficiência - e os indicadores utilizados pelo documento "Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família" (Brasil, 2005a) - que só inclui ações de reabilitação às pessoas em sofrimento psíquico.

Nos outros dois documentos sobre avaliação da atenção básica, "Avaliação na Atenção Básica em Saúde" (Brasil, 2005b) e "Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família" (Brasil, 2004), não identificamos os termos pesquisados.

Essas informações indicam que as ações de *reabilitação* e/ou de atenção a pessoas com *deficiência* não são avaliadas na atenção básica por três dos quatro documentos analisados e quando avaliadas, as ações de responsabilidade das ESF não estão claras. Concluímos, assim, que ações de atenção básica de saúde às pessoas com deficiência não são consideradas relevantes pelo sistema de avaliação.

Na Política Nacional de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiência, porém, são indicadas ações específicas para essa população na atenção básica (Brasil, 2005c). Para essa Política, cabe às ESF e familiares, capacitados e supervisionados, realizar ações que busquem resolver problemas funcionais e de inclusão social. O TO é um profissional citado como membro da equipe de reabilitação, que poderia supervisionar e orientar ações nesse nível de atenção.

Considerando que ações de saúde na atenção básica à população com deficiência são indicadas, que essas não estão sendo devidamente consideradas pelo sistema público em suas avaliações, e que há uma parcela significativa de TO que realizam assistência em saúde às pessoas com deficiência em UBS e essas ações não

são conhecidas, essa pesquisa poderá contribuir para uma melhor visibilidade e reflexão sobre este contexto.

Objeto da pesquisa

O presente estudo aborda o processo de trabalho de terapeutas ocupacionais em Unidades Básicas de Saúde na atenção às pessoas com deficiência.

Realizamos essa pesquisa na cidade de São Paulo porque este é o município que mais concentra TO em unidade de atenção básica em saúde, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Municípios com o maior número de terapeutas ocupacionais em atenção básica em saúde por tipo de unidade – agosto de 2007

MUNICÍPIO	**Total de TO (n) por tipos de estabelecimentos de atenção básica**		
	Posto de Saúde	Centro/Unidades Básicas de Saúde	Total
São Paulo	1	51	52
Belo Horizonte	-	34	34
Campinas	-	29	29

FONTE: Datasus (2009a).
LEGENDA: TO – Terapeutas Ocupacionais.

Para recortar nosso objeto de pesquisa, utilizamos a teoria do processo de trabalho em saúde de Mendes-Gonçalves (1992) que busca partir do trabalho concreto para apreender a prática profissional e assim problematizá-la. “A teoria do trabalho não é uma proposição tecnológica em si mesma, mas uma forma de apreender processos tecnológicos concretos” (Nemes, 2000).

Essa teoria entende que trabalho é uma atividade realizada pelo ser humano que quer responder a uma necessidade, que decorre de um problema na sua vida cotidiana, que pode ser solucionado por esse trabalho. Para isso, o ser humano imagina um objeto que, quando criado, será o produto do seu trabalho e poderá suprir a necessidade original. Para atingir essa finalidade, utiliza-se de um objeto inicial que

será transformado em produto. Essa transformação só ocorrerá se o trabalhador escolher instrumentos adequados, que modifiquem o objeto de trabalho até transformá-lo em produto. Em saúde, o profissional é o elemento-chave do processo de trabalho. É este que busca entender o problema de saúde, transformá-lo em uma necessidade socialmente reconhecida, que recorta um objeto de trabalho para processá-lo e que escolhe quais instrumentos materiais e não materiais irá utilizar (Mendes-Gonçalves, 1992).

Mendes-Gonçalves (1994) realizou uma pesquisa que teve por objeto o saber tecnológico de profissionais que possibilita certa organização do serviço em Centros de Saúde. Para apreender seu objeto, partiu da descrição das principais características dos saberes clínicos e epidemiológicos para discuti-los como tecnologias de trabalho. Na pesquisa empírica buscou entender a representação dos profissionais em relação a seus meios e objetos de trabalho nas atividades desenvolvidas mais citadas nas entrevistas: controle e supervisão, administrativas, prestação de serviços direto ao público e reuniões.

O profissional de saúde utiliza-se de um campo e um núcleo específico de saber, considerados instrumentos não materiais, para entender as necessidades em saúde, organizar e processar seu trabalho.

> A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos (…). O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000).

Essa pesquisa parte do pressuposto que os campos de conhecimento e prática da atenção básica e da atenção à população com deficiência são saberes que influenciam o trabalho dos profissionais em saúde a partir das formas de organização

dos serviços e diretrizes de trabalho. A partir desse pressuposto, tem-se como objeto de pesquisa o processo de trabalho de TO em UBS, principalmente os saberes dos campos citados, utilizados por esses profissionais para identificar necessidades, escolher objetos de trabalho e promover os principais atributos da atenção primária em saúde.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever a prática de terapia ocupacional na atenção básica em saúde das pessoas com deficiência.

Objetivos específicos

- caracterizar o processo de trabalho de terapeutas ocupacionais em unidades básicas de saúde no município de São Paulo,
- mapear as regiões onde os terapeutas trabalham na atenção às pessoas com deficiência, e
- identificar os instrumentos não materiais utilizados pelo terapeuta ocupacional para promover os atributos da atenção primária em saúde.

3. PRÁTICA ASSISTENCIAL JUNTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO À SAÚDE

Limites da prática assistencial tradicional

> Para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve enfocar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de enfocar apenas sua enfermidade individual. As unidades de atenção primária obtêm a eqüidade fornecendo atenção no nível mais apropriado; assim, isso libera recursos que podem ser usados para diminuir as disparidades na saúde entre os segmentos mais e menos necessitados da população (Starfield, 2002).

No Brasil, a atenção à saúde das pessoas com deficiência é desenvolvida, historicamente, nos grandes centros de reabilitação com a intervenção centrada no corpo biológico com base na clínica. Esta prática tem sido questionada, principalmente, por dois motivos.

O primeiro é que a assistência às pessoas com deficiência não deve se realizar apenas nos grandes centros de reabilitação, mas ser planificada em todos os níveis de atenção, como garante o Sistema Único de Saúde (SUS). A possibilidade de assistência nos níveis primário, secundário e terciário do sistema de saúde, amplia o acesso às diferentes ações que podem responder a integralidade das necessidades trazidas pelas pessoas com deficiência.

O segundo questionamento é que a intervenção centrada no corpo biológico não tem sido suficiente para responder as necessidades de saúde da população com deficiência, sendo necessário ampliar as intervenções a outros determinantes.

Na assistência à saúde, o principal objeto de intervenção é o corpo porque as ciências biomédicas entendem que as incapacidades[*] que vivem as pessoas são determinadas, principalmente, por alterações nas estruturas e/ou funções corporais[**] e devem ser tratadas como patologias. A clínica, um dos modelos assistenciais das

[*] O termo *incapacidade* abrange deficiência, limitação na realização de atividade ou restrição na participação de uma pessoa em uma determinada condição de saúde (OPAS e OMS, 2003).

[**] As funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas). As estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes (OPAS e OMS, 2003).

ciências biomédicas, coloca no indivíduo o problema da *incapacidade* e tem como finalidade de sua intervenção a "normalidade" do corpo. Essas características das ciências biomédicas e do modelo clínico levam a alguns questionamentos: O corpo das pessoas com deficiência deve ser entendido como patológico e por isso ser normalizado? A normalização do corpo é a única maneira de garantir inclusão social dessas pessoas?

A normalização pressupõe um ideal de funcionalidade do corpo: em sua estrutura, função, na realização de atividades e na participação social. A busca por essa normalização, muitas vezes, se sobrepõe à subjetividade, ao desejo e às diferentes possibilidades de viver do ser humano. Na área de atenção à saúde da pessoa com deficiência, essa sobreposição é visível quando a instituição oferece um "pacote fechado" para o processo de reabilitação passando por determinações prévias e centradas no diagnóstico, no conhecimento prévio das alterações anatomofuncionais que a patologia específica determina, colocando-se as metas de desempenho na realização de atividades e de participação social, que cada indivíduo deve atingir.

Mesmo passando pelo processo de normalização do corpo, nem sempre se garante a inclusão social das pessoas com deficiências. Muitas pessoas, mesmo com ganhos na estrutura e função do corpo, relatam que vivem incapacidades importantes: não poderem trabalhar, estudar e realizar suas atividades em casa. Duas pessoas com a mesma funcionalidade corporal podem vivenciar diferentes incapacidades: dificuldade de acesso a produtos e tecnologias; dificuldade de acesso a meios de transportes, falta de apoio emocional de familiares, sofrimento com o preconceito no ambiente de trabalho, ou ainda, dificuldades nas relações

interpessoais em decorrência de sua personalidade. Nesses casos, a incapacidade está sendo mais determinada por fatores contextuais; ambientais ou pessoais, que muitas vezes não fazem parte dos objetos considerados na intervenção clínica.

A intervenção clínica não garante funcionalidade no dia-a-dia das pessoas porque o uso que se faz do corpo é também determinado socialmente por suas relações no contexto em que vive o indivíduo (Campos 2002, Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000; Almeida et al., 2000).

A partir dos dois questionamentos apresentados podemos afirmar que os grandes centros de reabilitação não garantem acesso à assistência em saúde à grande parte da população com deficiência e o modelo clínico não é suficiente para promover inclusão social dessa população, objetivo da atenção em reabilitação (Brasil, 2005c e Brasil, 1993).

Nallin (1994), como participante da elaboração e implantação do Sistema de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Estado de São Paulo, critica que o modelo tradicional dos grandes centros de reabilitação acabou sendo transportado para dentro das unidades de atenção básica. As transposições de objetivos, critérios de seleção e ações de intervenção centradas no corpo levam para as unidades de atenção básica os mesmos limites da prática assistencial tradicional dos centros de reabilitação e, a nosso ver, criam, ainda, novos problemas.

Um desses problemas é a sobreposição de ações das unidades de atenção básica em saúde com os centros de reabilitação. Os diferentes tipos de unidades deveriam complementar suas ações partindo da idéia de que há diferentes determinantes das incapacidades das pessoas com deficiência e que estes podem ser trabalhados com diferentes recursos. Se as ações de intervenção centradas,

exclusivamente, no corpo forem transpostas para unidades de atenção básica, reafirmam-se os mesmos limites para inclusão social das pessoas com deficiências, apontados na prática assistencial centrada no modelo clínico.

Outro problema é a dificuldade que as unidades de atenção básica têm para atingirem os objetivos esperados (os transpostos) pelo fato de não possuírem os mesmos recursos humanos e tecnológicos que os centros de reabilitação. Há uma idéia de que esses recursos deveriam estar disponíveis na atenção básica - criando pequenos centros de reabilitação. Se os mesmos recursos tecnológicos forem transpostos para atenção básica, haverá um alto gasto do sistema público e se deixará de trabalhar com outros recursos, como familiares, comunitários e intersetoriais, que podem favorecer as funções corporais, desenvolvimento de atividades e a participação social das pessoas com deficiência.

Se os critérios de seleção dos centros de reabilitação forem transpostos para as unidades de atenção básica, o acesso só será facilitado para as pessoas com deficiência que têm bom prognóstico. Essa transposição acaba reafirmando o mesmo limite de acesso para grande parte da população com deficiências crônicas, que os centros de reabilitação.

Desta forma, as ações de atenção básica às pessoas com deficiência, nos mesmos moldes que as dos centros de reabilitação, não conseguem atingir os mesmos objetivos que estes, não são acessíveis à grande parte das pessoas com deficiência e nem incluem como objetos de intervenção os fatores contextuais, a participação social e o desenvolvimento de atividades que podem contribuir com a inclusão social dessa população. As unidades de atenção básica de saúde possuem recursos próprios em sua organização, princípios e diretrizes, que permitem integrar

as ações de atenção às pessoas com deficiência com outros níveis de atenção, como os centros de reabilitação.

Principais características da atenção básica em saúde

> O papel da atenção primária se tornará mais crucial com o crescente reconhecimento da interação entre biologia e o ambiente social e físico. O desafio da atenção primária é entender e interpretar esta interação e ajudar os indivíduos a modificar suas circunstâncias de vida para maximizar seu potencial de saúde e realização pessoal (Starfield, 2002).

Há dois momentos significativos no Brasil que imprimem até os dias de hoje as principais características da atenção básica em saúde. O primeiro momento foi a partir da aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. A rede de unidades de atenção básica se ampliou para oferecer assistência mínima em saúde e favorecer o acesso da população brasileira a um sistema integrado de atenção à saúde. O segundo momento, em 1994, foi a partir da concepção do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, hoje denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). Os desafios colocados para a ESF são o de ampliar o entendimento das necessidades e as intervenções em saúde para além da doença.

Embora, atualmente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) sejam consideradas o modelo tradicional de atenção básica e a ESF o modelo de mudança, a busca em construir um novo modelo assistencial permeia toda rede de atenção básica. A referência para construção desse novo modelo, tanto para a UBS como para a ESF, é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que considera que

> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que

> devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da eqüidade e da participação social (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica brasileira é considerada ampla (Giovanella e Mendonça, 2009) por apresentar ou fazer referência aos principais atributos da atenção primária em saúde que Starfield* considera como indicativos de uma proposta de atenção desenvolvida: *primeiro contato, continuidade, integralidade, coordenação, a centralização na família, orientação para a comunidade e adequação cultural* (Starfield, 2002).

O *primeiro contato* implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio deste pelos quais as pessoas buscam atenção em saúde. (Starfield, 2002). A PNAB caracteriza as unidades de atenção básica "como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde" (Brasil, 2006). O SUS busca possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde pela população brasileira e facilitar o primeiro contato a partir do oferecimento de serviços de saúde gratuitos, da possibilidade de acessar o sistema por qualquer nível de atenção, mesmo que, preferencialmente, pela atenção básica, e da ampla rede de unidades nesse nível de atenção. A responsabilização sanitária da unidade de atenção básica pela população adscrita incentiva que o serviço busque encontrar formas que facilitem o acesso e o uso do serviço a cada novo problema para que a população não tenha agravos ou desenvolva doenças. O vínculo da equipe de saúde com a população é um recurso que pode facilitar o primeiro contato a partir do pressuposto que esse fundamento cria uma responsabilidade da equipe pela saúde da população e esta busca o serviço, porque confia e se sente cuidada pelo profissional de saúde. A

* Pesquisadora de referência internacional na avaliação desse nível de atenção em saúde.

orientação de atendimento à demanda espontânea, presente na PNAB, também indica a busca por estruturar um serviço que atenda a população a cada novo problema.

A *continuidade* consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. Embora o termo *continuidade* seja o mais utilizado internacionalmente, Starfield considera *longitudinalidade* o mais adequado para representar essa idéia. Desenvolver a longitudinalidade depende do acompanhamento da população adscrita ao longo de períodos substanciais de vida, independente do tipo de problema, e do vínculo com um profissional de saúde. O vínculo envolve um conhecimento entre a população e as equipes de saúde. Essa relação de vínculo provavelmente resulte em orientações, diagnósticos e intervenções mais apropriadas por parte das equipes (Starfield, 2002). O cuidado ao longo do tempo é um atributo presente na PNAB, que seria desenvolvido a partir de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita (Brasil, 2006). A atenção ao longo do tempo depende de que o paciente confie no profissional de saúde, procurando-o sempre que necessário, e este desenvolva um conhecimento contínuo sobre os problemas de quem atende e se sinta responsável pelo seu cuidado. A orientação da PNAB para que o serviço assuma a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade do território só é possível com o desenvolvimento de uma atenção ao longo do tempo.

A *integralidade* da atenção primária implica no reconhecimento de diferentes necessidades em saúde e no oferecimento de todos os tipos de serviços que podem responder a estas mesmo que alguns destes possam não ser oferecidos dentro do próprio nível de atenção. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e

para serviços de suporte, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. O núcleo de oferecimento de serviços dentro das unidades de atenção primária deveria responder a todas as necessidades que são comuns na população atendida (Starfield, 2002). A PNAB busca efetivar a integralidade a partir da integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, do trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado no sistema de saúde. Orienta também que os problemas de saúde mais freqüentes e relevantes devam ser respondidos no próprio nível de atenção primária (Brasil, 2006). Essa última orientação parece não englobar a integralidade das necessidades em saúde da população adscrita - mesmo que algumas destas sejam encaminhadas para outros serviços - criando brechas para que apenas as necessidades básicas sejam respondidas. Starfield considera que a Atenção Primária deva reconhecer diferentes problemas funcionais, orgânicos e sociais, que determinam a saúde e doença da população. A *integralidade* da atenção básica na PNAB não é buscada a partir do reconhecimento de diferentes necessidades, mas com o oferecimento de diferentes tipos de ações: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que podem ou não dar respostas a diferentes necessidades.

A PNAB apresenta como um aspecto da integralidade o trabalho em equipe. Por outro lado, Starfield entende que a importância do trabalho em equipe está mais relacionada à promoção da *coordenação* do cuidado, ou seja, da comunicação entre os membros da equipe para que o serviço seja eficiente e eficaz.

Outra diferença é que a PNAB apresenta a *coordenação* como um aspecto da *integralidade* e Starfield como um atributo específico da atenção básica. A

coordenação da atenção implica no acompanhamento de todas as consultas, suas conseqüências e conclusões para que novas condutas possam ser tomadas. O acompanhamento requer alguma forma para manejar os dados e dar continuidade aos cuidados em saúde, seja por meio da memória dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de diferentes problemas (Starfield, 2002). Essa característica da atenção primária implica em um acompanhamento na resolução de problemas de saúde, mesmo quando este foi encaminhado para outros níveis de atenção ou a outras instituições. Para a PNAB, cabe a Atenção Básica responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando se necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde (Brasil, 2006). O reconhecimento de diferentes problemas funcionais, orgânicos e sociais, como destaca Starfield (2002), é necessário para poder coordenar o cuidado na rede de atenção à saúde.

Para Starfield, os aspectos *primeiro contato, continuidade, integralidade, coordenação,* reunidos, são exclusivos da atenção primária em saúde, mas ainda há três atributos derivados dos anteriores: *centralização na família*, *orientação para comunidade* e *adequação cultural* (Starfield, 2002).

A *centralização na família* se caracteriza pelo conhecimento de seus membros e de seus problemas de saúde. Esse atributo é desenvolvido quando a coordenação e a atenção integral se defrontam com recursos familiares limitados. O contexto familiar, deste modo, passa a fazer parte da avaliação das necessidades para atingir o desafio da atenção integral (Starfield, 2002). A PNAB orienta que sejam desenvolvidas atividades de acordo com o planejamento e programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade

(Brasil, 2006). A *centralidade na família*, para a Política, não é um dos fundamentos apresentados para a Atenção Básica, que inclui as UBS tradicionais, mas como uma especificidade *a priori* do trabalho na ESF.

A *orientação para a comunidade* seria um atributo desenvolvido a partir da constatação de que todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social e que a identificação dessas necessidades, freqüentemente, requer o conhecimento deste contexto (Starfield, 2002). Esse atributo pode ser verificado a partir da utilização de mecanismos para alcançar o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, da participação nas atividades comunitárias e do envolvimento comunitário na unidade (Starfield, 2002). A PNAB orienta que as equipes da ESF devem atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população e com participação social nas decisões da unidade (Brasil, 2006).

A *adequação cultural* envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido às características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais (Starfield, 2002). A única referência da PNAB a este atributo é que a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e buscando a integralidade das ações (Brasil, 2006).

Como observamos, a PNAB orienta que dois dos *atributos derivativos* da Atenção Básica, a *centralização na família* e a *orientação para comunidade*, devem

ser realizadas especificamente pela ESF. Este é um dos indicativos que a ESF, mais do que a UBS tradicional, é uma estratégia para atingir um alto nível de integralidade e qualidade das ações de saúde.

O *primeiro contato,* a *integralidade,* a *continuidade,* a *coordenação, a centralização na família e* a *orientação para a comunidade* – são atributos da atenção primária que trazem princípios e formas de organização dos serviços que possibilitam atender também as necessidades das pessoas com deficiência nesse nível de atenção. Oferecer um serviço de atenção básica às pessoas com deficiência, regido por esses atributos inclui:

- incentivar que essa população acesse o atendimento e o uso do serviço a cada novo problema,
- identificar diferentes necessidades e respondê-las com recursos do sistema de saúde e também intersetorialmente,
- atender essa população ao longo de sua vida, e
- considerar a família, a comunidade e o contexto social como determinantes das incapacidades e da funcionalidade dessa população.

Apesar de a PNAB indicar esse trabalho, ela apresenta pelo menos dois limites para a atenção à população com deficiência.

O primeiro está no fato de serem priorizados os problemas de saúde mais relevantes e freqüentes no território. Considerando que há uma estimativa que menos de 10% da população tenha deficiência, as necessidades dessa população podem não ser respondidas pela atenção básica, por não ser identificado como um problema relevante e nem freqüente. Esse argumento pode ser questionado, principalmente, pelo aumento da população idosa com o desenvolvimento de incapacidades. O

segundo limite está na falta de explicitação do que sejam ações de reabilitação nesse nível de atenção. Como vimos na discussão sobre a relevância do tema dessa pesquisa, os documentos de avaliação da atenção básica consideram que ações de reabilitação são pertencentes ao terceiro nível do sistema de saúde e cabe a atenção básica o acompanhamento do processo de reabilitação de pessoas com deficiência. Entretanto, a PNAB não explicita quais ações necessárias para isso e o que são ações de reabilitação nesse nível de atenção.

É provável que os limites apresentados tragam como conseqüência a baixa acessibilidade da população com deficiência à rede de serviços de saúde e restritas respostas às necessidades específicas dessa população.

Análise crítica das propostas assistenciais

> Uma população em envelhecimento e um aumento nas doenças que duram mais ou recorrem mais freqüentemente têm criado a necessidade de uma abordagem da atenção primária que é mais ampla (Starfield, 2002).

As principais diretrizes da atenção básica em saúde são apresentadas em diferentes documentos orientadores da assistência às pessoas com deficiência.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPPD), aprovada em 2002, destaca a UBS como o local por excelência de atendimento à pessoa com deficiência devido à sua proximidade geográfica e sócio-cultural com a comunidade, devendo a unidade estar apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos seus problemas e necessidades (Brasil, 2005c). Nessa afirmação está presente um dos atributos da atenção primária, o primeiro contato/porta de entrada, vinculado à idéia de que a proximidade da população com a unidade de serviço é uma característica que facilita o acesso.

As ações de prevenção e de reabilitação sugeridas pela PNSPPD indicam um entendimento restrito de integralidade.

> Ações de prevenção primária e secundária – como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição-, detecção precoce de fatores de risco - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo -, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência (Brasil, 2005c).

A noção de risco que se denota a partir dos exemplos é restrita, pois deixa de considerar elementos sociais - desestruturação familiar, violência, falta de emprego e falta de saneamento – como determinantes de doenças, de incapacidades ou funcionalidade que também vivenciam as pessoas com deficiência.

Os profissionais tradicionais das unidades de atenção básica (como os médicos e equipe de enfermagem) têm capacitação para realizar as ações de prevenção de incapacidades não sendo necessária a atuação específica de um profissional de reabilitação. As ações de reabilitação, porém, necessitam da presença de profissionais desta área por envolver outro tipo de complexidade nas determinações de incapacidades, que vivenciam as pessoas com deficiência.

A PNSPPD orienta que as ações básicas de reabilitação têm por objetivo favorecer a inclusão social.

> Ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade do portador de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação (Brasil, 2005c).

As ações básicas de reabilitação indicadas nesse item requerem conhecimentos que profissionais tradicionais da atenção básica em geral não têm. Mesmo considerando que as técnicas – orientação para a mobilidade, prevenção de deformidades, estimulação da fala – podem ser ensinadas a esses profissionais, a intervenção na complexidade existente para atingir a inclusão social requer um

conhecimento que vai para além da técnica em si. Se nas ações propostas, como por exemplo, orientações para a mobilidade, forem desconsideradas o “para onde ir”, o “por que ir” e que dificuldades e recursos – interpessoais e institucionais - serão encontrados nesse percurso, a ação não favorecerá a inclusão social. Entender, lidar e intervir nessa complexidade de determinações da inclusão social de pessoas com deficiência requer profissionais habilitados para isso, porém, a inserção ou o acompanhamento dos profissionais de reabilitação nesse processo não está claro na PNSPPD.

O último item de ações propostas para atenção básica apresenta um salto positivo em relação à busca da integralidade intersetorial e na consideração da comunidade e de seu território como determinantes das necessidades e das soluções dos problemas de saúde das pessoas com deficiência.

> Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social dos portadores de deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma setorial e descentralizadas. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agentes comunitários capacitados e supervisionados, com avaliação constante e sistematizada (Brasil, 2005c).

A PNSPPD (Brasil, 2005c) afirma que a atenção básica deve “organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado”. Se a coordenação do cuidado deve ser realizada pela atenção básica, conforme afirma a PNAB, o nível secundário deveria complementar o trabalho do nível primário, e não o contrário. Outro limite apresentado nesse item é que a PNSPPD não explicita de quem é a responsabilidade por planejar, supervisionar e avaliar o trabalho e nem de que forma serão fomentados os programas de reabilitação em parceria com a comunidade. Sem

essa explicitação é provável que as ações de atenção às pessoas com deficiência não cheguem a ser executadas ou serão realizadas de modo pontual.

A responsabilização por executar as ações de reabilitação - mesmo sem alguém responsável por planejá-las - recai sobre os familiares e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A PNSPPD não traz maiores indicações de um trabalho em equipe, pois não apresenta a responsabilidade dos médicos, enfermeiros e profissionais de reabilitação na atenção básica em saúde. Como conseqüência, a PNSPPD parece não reconhecer a complexidade assistencial, que envolve o atendimento a pessoas com deficiência nesse nível de atenção.

A atenção básica em saúde requer o trabalho, pelo menos, em equipe tradicional – médicos, enfermeiros e ACS – pois se reconhece que as situações encontradas cotidianamente nesse nível de atenção "(...) constituem-se casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas nem por isso deixam de envolver grande complexidade assistencial" (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000). Na atenção específica à população com deficiência há outros elementos constituintes dessa complexidade – que requerem a participação direta ou indireta de profissionais de reabilitação - que não estão apenas no conhecimento técnico, mas também na identificação dos diversos fatores contextuais e no grau de importância de cada um deles como atenuantes ou agravantes das incapacidades, que vivenciam essa população e no conhecimento e manejamento das formas particulares de vivência dessa condição.

Apesar dos limites apresentados, a aprovação da PNSPPD é um marco significativo na conquista de assistência em saúde mais acessível e integral pela população com deficiência. A PNSPPD orienta que a edificação das unidades de

atendimento seja adaptada fisicamente e que esteja mais próxima, geograficamente, do domicílio dos usuários. Para tornar o atendimento integral, a PNSPPD propõe vários níveis de assistência e reconhece as diferentes necessidades da população tanto na atenção básica em saúde, na atenção em reabilitação como na articulação intersetorial.

O movimento social das pessoas com deficiência foi um dos atores na constituição do SUS, que influenciou o Ministério da Saúde a apresentar em 1993 o documento "Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde" (APPD-SUS). Esse documento foi elaborado com a participação de membros do grupo que discutiu uma proposta de atenção à saúde da pessoa deficiente na secretaria municipal de São Paulo, em 1992 (Rocha, 2006).

A proposta do documento é orientar o planejamento e a organização de serviços apresentando ações a serem desenvolvidas nos três níveis de atenção do SUS.

O primeiro nível de atenção se caracteriza por "Fornecer atenção em reabilitação, incluindo a prevenção e detecção precoce da incapacidade, mediante recursos existentes não especializados em reabilitação, usando tecnologia apropriada e para alcançar 100% de cobertura" (Brasil, 1993).

Os recursos humanos previstos para essas atividades são os profissionais tradicionais das UBS com capacitação e retaguarda da equipe de reabilitação alocada no nível secundário de atenção. Neste documento fica mais clara a participação da equipe tradicional da UBS e da equipe de reabilitação do que na PNAPPD

Uns dos aspectos da atenção básica, segundo a PNAB, são que ela é dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade

sanitária, considerando a dinamicidade existente no território (Brasil, 2006). Esses aspectos podem ser identificados na APPD-SUS (Brasil, 1993) na orientação para que:

- as ações de reabilitação sejam programadas e realizadas de acordo com a realidade epidemiológica local e recursos disponíveis,
- se motive e organize uma vigilância epidemiológica de deficiências,
- se estabeleça um diagnóstico da problemática da deficiência, mantendo registro dos casos detectados e dos recursos existentes, identifique pessoas com deficiência e agrupe esses dados no sistema de informações existente, e
- se alcance 100% de cobertura no atendimento às pessoas com deficiência.

A integralidade na articulação da rede de serviços é buscada a partir da orientação que o serviço de atenção básica em saúde apóie as organizações de pessoas com deficiência, facilite a integração de ações em saúde, educação, trabalho, lazer e atividades sociais, estabeleça canais funcionais de relacionamento entre os recursos existentes, encaminhe os casos que necessitam de atenção em outros níveis do sistema de saúde e aceite as contra-referências.

Outro aspecto da integralidade é a articulação entre diferentes ações como prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação. As ações de prevenção e promoção puderam ser identificadas com as orientações para que se motive e organize medidas preventivas de deficiências, se eduque e incentive a população para atitudes que possam prevenir deficiências e se realize ações de prevenção secundárias para evitar as incapacidades. É ainda indicada a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor para crianças de alto risco e grupos de re-socialização e promoção da autonomia para adolescentes e adultos com deficiência

severa ou com quadro crônico. As ações de reabilitação puderam ser identificadas com a orientação para que se executem ações básicas de reabilitação nos casos detectados (Brasil, 1993).

Apesar de ter sido elaborado há mais de uma década, apresentando conceitos de reabilitação que se modificaram como os trazidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF (OPAS e OMS, 2003), o documento apresenta princípios atuais de atenção básica em saúde e de organização do cuidado dentro do SUS. Como conseqüência disso, este documento foi e ainda é utilizado como referência na área de atenção à saúde da pessoa com deficiência. Em 2004, por exemplo, o município de São Paulo utilizou o documento APPD-SUS como referência bibliográfica para construir as "Diretrizes da Área Temática de Saúde da Pessoa com Deficiência" – DATESAPD (São Paulo, 2004). Esse documento indica ações que devem ser realizadas na atenção básica.

> 1. Diagnóstico do território.
> 2. Ações de promoção e proteção a partir das necessidades detectadas.
> 3. Subsidiar o trabalho das equipes e fortalecer competências familiares para desenvolvimento infantil.
> 4. Ações em conjunto com as equipes para acompanhar crianças de risco para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.
> 5. Prevenção de deficiência em todos os ciclos da vida.
> 6. Acolher: orientar, atender e acompanhar.
> 7. Priorizar atendimentos em grupos ou oficinas focados no coletivo e necessidades da população.
> 8. Ações integradas com equipamentos sociais da região para promover saúde e inclusão.
> 9. Visitas domiciliares para orientar, adaptar e acompanhar.
> 10. Ações integradas com o Programa da Saúde da Família: coletar dados, orientar a população e detectar precocemente alguma deficiência.
> 11. Trabalhar em equipe.
> 12. Realizar projetos e ações intersetoriais para inclusão e melhoria da qualidade de vida.
> 13. Orientar sobre manuseio, posicionamento, Atividades de Vida Diária, recursos e tecnologia assistiva.
> 14. Reabilitação Baseada na Comunidade.
> 15. Acolher, apoiar e orientar no momento do diagnóstico.
> 16. Encaminhar e acompanhar o uso de equipamentos (órtese e prótese).
> 17. Ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social.
> (São Paulo, 2004).

Nos dois primeiros itens o documento DATESAPD indica a realização do "diagnóstico do território" e de "ações de promoção e proteção a partir das necessidades detectadas". A mudança de foco do "diagnóstico" exclusivamente clínico para outro que considera o fator "território" no entendimento e na resolução dos problemas prioritários das pessoas com deficiência é um avanço em relação à PNSPPD. Porém, a falta de detalhamento para realizar esse diagnóstico permite que essa ação se reduza ao levantamento de dados acerca dos recursos do espaço geográfico delimitado como: número de escolas, de áreas de lazer, de população economicamente ativa. O diagnóstico do território deve buscar entender como este determina e responde aos problemas e necessidades das pessoas com deficiência favorecendo ou não sua funcionalidade.

Nas orientações deste documento observa-se uma atenção especial à criança. A família é tomada como foco de intervenção e recomenda-se o favorecimento de suas competências. Esses aspectos indicam um conceito amplo e desenvolvido sobre a Atenção Básica: a centralidade na família e ter como objetivo o desenvolvimento de habilidades para atingir a saúde.

Há a indicação de um trabalho em equipe que é reforçado nos itens 10 e 11.

Se no item 5, a expressão "prevenção de deficiências" fosse substituída pela "promoção de funcionalidade" em todos os ciclos da vida" considerar-se-ia o acompanhamento de uma amplitude maior de elementos que podem prevenir incapacidades como nas estruturas e funções do corpo (prevenindo deficiências), nos fatores de participação social e desenvolvimento de atividades, e na relação desses com os fatores contextuais que levam ou favorecem a incapacidade.

Nos itens 8, 12 e 17 há orientações que fazem referência a um trabalho que envolve a utilização de recursos intersetoriais e a busca em responder as necessidades das pessoas com deficiência de forma integral. Para atingir a inclusão são orientadas ações para além do indivíduo como na escola e no trabalho.

Apesar do documento "Diretrizes da Área Temática de Saúde da Pessoa com Deficiência" (São Paulo, 2004) sinalizar uma concepção integradora dos fatores significativos para a constituição dos problemas, necessidades e formas de respondê-los, a falta de detalhamento dificulta a implantação de ações coerentes e consistentes com a referida concepção. A especificação dos procedimentos, ausente no documento DATESAPD, já havia sido editada, em parte, no "Primeiro Caderno de Apoio ao Acolhimento" (São Paulo, 2003), em um dos capítulos desta publicação.

Nele, são detalhadas ações que permitem realizar o "diagnóstico do território": avaliar as situações de risco para desenvolvimento de algum tipo de deficiência, identificar as pessoas com deficiência, conhecer suas condições de vida, avaliar autonomia e formas de participação na comunidade, conhecer movimentos organizados de pessoas com deficiência e/ou lideranças da comunidade, registrar e analisar os dados da realidade local, planejar e executar ações de maneira integrada com os serviços de saúde e intersetorialmente (São Paulo, 2003).

Sobre a detecção das necessidades, item 2 das diretrizes do município de SP, o *Caderno* especifica quais seriam aquelas comuns à população em geral e às pessoas com deficiência, tais como, vacinação, consultas, pré-natal, planejamento familiar, puericultura que devem ser atendidas na atenção básica. Quanto ao fortalecimento das competências familiares, item 3 das diretrizes do município de SP, o *Caderno* enfatiza a importância do suporte dado pelos profissionais de saúde conhecedores das

especificidades do agrupamento. Com referência ao item 6 das diretrizes, o *Caderno* detalha orientações facilitadoras do acesso aos serviços de saúde, referentes às barreiras físicas, de comunicação e atitudinais.

Ao mesmo tempo em que se discutiam essas diretrizes do município de SP, a implantação da ESF no país traz a discussão sobre a necessidade de qualificar a atenção básica para o desenvolvimento da assistência à população na complexidade de sua necessidade de saúde. Assim, é proposta em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) para articular ações de saúde mental, reabilitação, promoção de saúde, atividades físicas \práticas corporais, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição, assistência social, saúde da criança, saúde da mulher e assistência farmacêutica. A indicação dessas ações tem possibilitado a incorporação de outros profissionais às equipes tais como Assistente Social, Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, entre outros (Brasil, 2008).

A portaria prevê que cada NASF 1, que incorpora cinco profissionais de especialidade diferentes, seja responsável por oito a 20 equipes da ESF. Se considerarmos que em 2007 havia 27 mil equipes da ESF (Giovanella e Mendonça, 2009) e que cada 20 equipes terão um NASF de referência, serão criados cerca de 1350 NASF no território brasileiro.

O NASF foi criado

> (...) com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (Brasil, 2008).

Para a portaria, o objetivo das ações de reabilitação é a redução de incapacidades e deficiências que envolvem as categorias funções e estruturas do

corpo, atividades e participação social e fatores contextuais como ambientais e pessoais. As diretrizes indicadas para intervir nesses elementos são a reinserção social, o combate da discriminação e a ampliação do acesso ao sistema de saúde (Brasil, 2008).

Não são apresentadas ações específicas para o combate da discriminação à pessoa com deficiência. Talvez esse elemento seja um pressuposto ou se faça presente na execução do trabalho como um todo. Para os outros dois elementos são indicadas ações, que iremos apresentar e discutir frente aos principais atributos da atenção primária em saúde.

O acesso e o primeiro contato com o sistema de saúde são viabilizados de modo diferente de outras unidades tradicionais de atenção básica em saúde. O NASF não deve ser porta de entrada do sistema e deve atuar a partir da demanda identificada no trabalho em conjunto com as ESF. A ampliação do acesso, assim, parece estar relacionada com um maior entendimento das necessidades da população com deficiência e com conhecimento das possibilidades de respondê-las a partir da presença e apoio de profissionais de reabilitação. Para viabilizar esse acesso é indicada a realização de um diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiência e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita à ESF.

A indicação de ações de prevenção e reabilitação denota a busca da integralidade. As ações de promoção, proteção envolvem os aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído com vistas ao autocuidado. As ações para a prevenção de deficiências são indicadas para todas as fases do ciclo de

vida dos indivíduos, porém só se detalham as ações para as crianças. Não se explicita ações de promoção da saúde, como grupos de socialização ou promoção da autonomia, para as pessoas com deficiência severas ou quadros crônicos.

As ações de reabilitação parecem as mais relacionadas com a reinserção social. São indicadas orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF, priorizando atendimentos coletivos. Ao que parece, o atendimento clínico individual é relegado a um segundo plano e muitas das ações de reabilitação são pontuais como a indicação de realização de visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos como no uso de equipamentos auxiliares. Não se explicita para quais necessidades é indicado o encaminhamento para outros níveis de complexidade na rede de serviços de saúde a não ser para indicação e concessão de órteses e próteses.

A responsabilidade do atendimento da equipe do NASF, da ESF e dos outros níveis de atenção não está clara. O NASF surge como serviço de apoio às ESF e cria a idéia de que sua principal função é o matriciamento, ou seja, capacitar e auxiliar a equipe da ESF a cuidar dos pacientes do seu território. Uma das grandes questões sobre o NASF é se a equipe deve fazer apenas o matriciamento, ou se também deve fazer, e em que proporção, o atendimento clínico das pessoas com deficiência.

Se a responsabilidade de executar os atendimentos for colocada para as equipes da ESF haverá uma limitação na realização dessas ações. Se essa equipe não se sentir capacitada, se sentir sobrecarregada, ou se o caso pede também intervenção mais clínica haverá uma tendência de se encaminhar os casos para outros níveis de atenção, onde novamente entraremos num ciclo vicioso da falta de profissionais e de apoios efetivos para lidar com as necessidades das pessoas com deficiência. Há um

risco que o NASF levante demandas, não resolva a maioria delas e se justifique pela falta de profissionais na rede de serviços ou desinteresse da equipe da ESF e ainda com respaldo da própria portaria. Seria necessário rever a forma de execução da proposta do NASF para que ele não se torne um serviço não resolutivo de necessidades mais freqüentes e relevantes da população com deficiência.

Outro aspecto da integralidade buscado na proposta do NASF é o trabalho intersetorial como desenvolver ações e projetos, que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência e ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, igrejas, entre outros.

A portaria do NASF apresenta a integralidade das ações como dependente de um trabalho de equipe e com a comunidade - com seus diferentes saberes e práticas de saúde – concebendo que todas as pessoas são agentes do processo de reabilitação e inclusão. A partir dessa concepção, orienta o desenvolvimento de ações de RBC, valorizando o potencial da comunidade. As ações de cuidado, de reabilitação devem ser partilhadas com os diferentes profissionais formulando projetos terapêuticos únicos. A equipe do NASF deve realizar discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares e capacitar, orientar e dar suporte a ações dos ACS, pessoas com deficiência e cuidadores sobre o manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de apoio para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo.

O trabalho com a família, um dos atributos derivativos da atenção primária em saúde e principal foco de ação na ESF, aparece uma única vez e de forma restrita no documento do NASF com a orientação de “acolher, apoiar e orientar as famílias,

principalmente, no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes" (Brasil, 2008).

A responsabilização pela população do seu território é viabilizada a partir de um processo de acompanhamento longitudinal e da coordenação do cuidado pela atenção básica em saúde como a orientação do acompanhamento na concessão de órteses e próteses e no atendimento em outros níveis de atenção.

As ações indicadas – como o trabalho em equipe (a partir das necessidades detectadas e potencialidades do território), intersetorial, com a participação da comunidade, de intervenção com as crianças - são muito semelhantes às apresentadas nos documentos "Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde" (Brasil, 1993) e "Diretrizes da Área Temática de Saúde da Pessoa com Deficiência" (São Paulo, 2004), mas com a presença de profissionais de reabilitação a partir dos NASF, há maiores possibilidades que essas ações sejam realizadas na atenção básica em saúde às pessoas com deficiência.

Terapia ocupacional

As atribuições e ações específicas do terapeuta ocupacional na atenção básica em saúde não são apresentadas em documentos oficiais da categoria profissional, nem as ações específicas desse profissional à população com deficiência.

Os conselhos regionais de fisioterapia e terapia ocupacional (CREFITO) e o conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional (COFFITO) apresentam atribuições para esse nível de atenção apenas para os fisioterapeutas e ainda de forma muito geral (Crefito-3, 2009a). A categoria profissional está buscando iniciar essa discussão. Na reunião do COFFITO e dos CREFITO em setembro de 2007, o CREFITO-8 apresenta para a pauta de reunião a sugestão de uma minuta de

resolução sobre a inserção do TO na atenção básica. O CREFITO-6 sugere a apresentação do projeto das atribuições do fisioterapeuta na atenção básica em saúde na ESF, não sendo citado o terapeuta ocupacional (Coffito, 2009). As duas sugestões apresentadas indicam a necessidade de que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais estabeleçam mais claramente suas atribuições na atenção básica. Seria necessário ampliar essa discussão e incluir a saúde coletiva como campo de atuação dos terapeutas ocupacionais, área que já consta para os fisioterapeutas.

Para debatermos a função do TO na atenção básica em saúde partiremos de uma definição da profissão para então discutir no contexto institucional da atenção básica em saúde algumas experiências.

Trabalhar com uma definição de terapia ocupacional traz a possibilidade de refletir sobre seus objetivos, objetos, instrumentos e sua clientela. De modo similar, o processo de trabalho em saúde, que é tema da nossa pesquisa, tem esses mesmos elementos e poderia nortear uma caracterização da função do terapeuta ocupacional na atenção básica em saúde.

O CREFITO-3 (2009b), o COFFITO (2009) e o curso de terapia ocupacional da USP (2009) entendem que Terapia Ocupacional

> É um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para emancipação e autonomia das pessoas, que, por razões ligadas a problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresenta, temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizador e orientador, na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico [*].

Segundo Soares (2007), por objetivo entendem-se as metas ou resultados que se desejam alcançar a partir da intervenção profissional que seria uma ação sobre

[*] Embora o Crefito-3 não apresente em seu *site* a autoria da elaboração desta definição, esta foi realizada pelo Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo em 1997.

algum aspecto de uma pessoa ou de seu ambiente. Na definição, o objetivo do terapeuta ocupacional seria a emancipação e a autonomia das pessoas que atende. O aspecto sob qual incide a ação, trata-se do objeto de intervenção em TO, ou seja, aquela determinada substância, condição do indivíduo, grupo ou coletividade. Assim o objeto de trabalho é um substantivo que caracteriza a essência sobre a qual incide o olhar da profissão. O objeto especifica a intervenção profissional. No campo da Terapia Ocupacional,

> A ação, o fazer humano, o cotidiano têm sido definidos como objetos da profissão. As intervenções [entre as profissões] se diferenciam pelos instrumentos de trabalho, ou seja, pelas ferramentas adotadas e pela maneira de agir do profissional, enfim, os recursos terapêuticos e a metodologia de trabalho profissional. Este conjunto de critérios incide sobre uma realidade ou, em outros termos, se realiza em uma determinada clientela e em um determinado contexto institucional. Esses dois últimos critérios caracterizam a população e o espaço institucional (Soares, 2007).

A partir destas definições buscamos apresentar como a literatura da área discute os objetivos, objetos de trabalho, instrumentos e clientelas relacionadas à terapia ocupacional na atenção básica em saúde para identificar como esta comunidade profissional tem delineado sua função neste contexto.

Até a década de 1970 as ações de terapeutas ocupacionais na atenção às pessoas com deficiência eram realizadas exclusivamente em hospitais, centros de reabilitação e ambulatórios. De lá pra cá, algumas discussões e propostas assistenciais a essa população na atenção básica em saúde têm sido realizadas.

Uma proposta significativa que surge a partir da década de 1970 é a RBC que busca ampliar a cobertura envolvendo a atenção primária em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a importância da atuação do TO em projetos de RBC e a Federação Mundial de TO indicou a necessidade de mais estudos acerca da atuação do TO nesse âmbito (Oliver, 2007). No setor público, assim como no setor não governamental, são poucas as experiências brasileiras registradas de RBC

(Oliver et al., 1999; Oliver e Almeida, 2007). Uma experiência onde há participação de TO se iniciou na região do Butantã do município de São Paulo em 1997 e continua até os dias de hoje com mudanças de parceria institucional, mas com alguns princípios que se mantêm.

Uma das principais necessidades da população com deficiência no projeto analisado é de participação social a partir da constatação que "o confinamento ao ambiente doméstico e a falta de perspectivas de vida futura dominam a cena" (Almeida et al., 2000). A participação social não é um objetivo do processo, mas condição para seu estabelecimento (Almeida e Oliver, 2001). São identificados diferentes determinantes dessa situação: barreiras arquitetônicas, psicossociais, inexistência de cuidadores ou a não disponibilidade ou condição da família para facilitar a participação social.

O entendimento das necessidades das pessoas com deficiência, na proposta de RBC, é construído a partir de atendimentos individuais e grupais e o envolvimento do terapeuta com a comunidade. Esses instrumentos buscam identificar as características sócio-culturais, políticas e geográficas de determinado território que determinam a funcionalidade da população com deficiência e como estas criam necessidades coletivas e individuais.

O saber que envolve essa proposta está relacionado com o entendimento que a funcionalidade das pessoas com deficiência é determinada pelo contexto social e têm construção e reprodução coletiva. Desse modo, o desempenho funcional nesse projeto é meio e não fim das intervenções, pois este tem a função de facilitar processos reais de participação social (Almeida e Oliver, 2001). O projeto RBC parte do pressuposto que processos de conquista do acesso e exercícios dos direitos

fundamentais são componentes essenciais das trajetórias individuais e grupais das pessoas que buscam autonomia (Oliver e Almeida, 2007). As ações de intervenção e de decodificação do território estão baseadas no conhecimento epidemiológico, da antropologia, da saúde coletiva e de referenciais da reabilitação psicossocial do campo da saúde mental que tem como elementos estruturadores da atenção o morar, realizar trocas sociais e produzir e trocas mercadorias e valores (Almeida e Oliver, 2001). A construção de um saber sobre o local, que se constitui ao longo do processo, também é considerado essencial para o trabalho, pois só a partir desse conhecimento é possível trabalhar com ou a partir dos "poderes locais, que se manifestam em alianças, redes de solidariedade e conflitos" (Almeida e Oliver, 2001). Além do saber relacionado a princípios e diretrizes, o saber construído na relação com o território, há um saber mais técnico relacionado, por exemplo, a prescrição ou planejamento e desenvolvimento de equipamentos de ajuda para atividades cotidianas ou construção de adaptações para realização dessas atividades.

O projeto utiliza um "conjunto de estratégias orientadas para aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito habilitador" (Saraceno apud Oliver e Almeida, 2001). Os objetos de trabalho são as pessoas com deficiência em seu contexto (Almeida e Oliver, 2001) e suas atividades cotidianas como autocuidado, mobilidade, transferências posturais (Oliver e Almeida, 2007).

A política nacional e municipal de atenção às pessoas com deficiência preconiza ações de RBC, mas não apresentam maiores detalhamentos das atividades a serem desenvolvidas, abrindo precedentes para uma diversidade de práticas.

Outra experiência de atenção básica em saúde das pessoas com deficiência, que envolve TO, tem sido realizada no Programa de Saúde da Família (PSF)– QUALIS (Qualidade Integral em Saúde no município de São Paulo) em parceria com a Fundação Zerbini desde 2000. Para elaboração do projeto foram considerados como princípios norteadores os aspectos da RBC e a proposta do Ministério da Saúde para atenção à Saúde das Pessoas Deficientes (Brasil, 1993). O PSF/QUALIS é considerado pioneiro no Brasil em termos de um projeto organizado e gerenciado pela coordenação do Programa Saúde da Família (Rocha et al., 2002).

O objetivo do trabalho é atender todas as pessoas com deficiência e/ou incapacidades detectadas pelas ESF nas regiões adstritas e estabelecer uma política e uma cultura de defesa dos direitos das pessoas com deficiência com vistas a favorecer o desmonte dos processos de exclusão social dessa população, bem como construir uma intervenção que articule prevenção às deficiências, reabilitação e educação (Rocha, 2006). O PSF/QUALIS está articulado com os princípios da ESF como a garantia de *acesso* à saúde e a reabilitação pelas pessoas com deficiência facilitada pela atenção domiciliar; garantia de atendimento *longitudinal,* a *integralidade* das ações que envolvem a comunidade, a escola, e a reabilitação funcional/corretiva contextualizada; a *coordenação* do cuidado a partir da demanda do usuário e compartilhada com a ESF, a *orientação para comunidade* com a realização de atividades no território tendo em vista a interação social das pessoas com deficiência.

Outras experiências relacionadas a TO na atenção básica em saúde foram apresentadas no X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, em 2007, totalizando 11 trabalhos, dos 472 apresentados. Todos estão vinculados a instituições

de formação (universidade ou escolas que oferecem residência em saúde da família) e oito vinculados a UBS com ESF.

Um dos trabalhos (Silva, 2007a) relata ações em Terapia Ocupacional junto a Agentes Comunitários de Saúde numa perspectiva de saúde do trabalhador. Dois trabalhos relatam a representação e\ou prática de saúde em relação às pessoas com deficiência em unidades de atenção primária. Uma destas pesquisas foi realizada com pessoas com deficiências (Sousa e Rocha, 2007) e outra com profissionais de saúde de uma UBS (Othero e Dalmaso, 2007). Outro trabalho apresenta os resultados de pesquisa sobre o que os profissionais da atenção básica em saúde consideram que seja RBC (Toldrá et al., 2007). Os outros sete trabalhos (Silva, 2007b; Alves et al., 2007; Caldeira e Oliver, 2007; Alonso, 2007; Figueiredo et al., 2007; Cardoso e Carretta, 2007 e Moraes et al., 2007) foram analisados por apresentarem trabalhos que envolvem TO na atenção básica em saúde, profissionais de reabilitação ou profissionais, que atuam nesse nível de atenção. Agrupamos o entendimento de ações na atenção básica em saúde dos 11 trabalhos em objetivos, objetos de trabalho, instrumentos, clientelas e necessidades das pessoas com deficiência buscando, a partir disso, caracterizar os processos de trabalho nas experiências analisadas.

Objetivos identificados foram aproximar a comunidade em relação às práticas de saúde e a apropriação de espaços e de conhecimentos favorecendo o exercício de seus direitos e o papel de cada um enquanto cidadão (Cardoso e Carretta, 2007); articular ou fortalecer redes sociais de suporte ou construir rede de proteção social (Toldrá et al., 2007; Cardoso e Carretta, 2007 e Moraes et al., 2007); incluir socialmente e reabilitar (Moraes et al., 2007) ou construir experiências coletivas de inclusão, em especial com enfoque no trabalho (Toldrá et al., 2007); mudar a visão

(de reabilitação, sobre as pessoas com deficiência, dos determinantes do processo saúde e doença) dos profissionais das equipes da ESF (Alves et al., 2007; Cardoso e Carretta, 20007 e Moraes et al., 2007); e resolver problemas enfrentados pela comunidade e equipe de saúde em relação à garantia da realização apta e segura das atividades do cotidiano (Silva, 2007b).

A maioria dos objetivos apresentados tem como norteadores os princípios e diretrizes da atenção básica em saúde como a questão do direito, o trabalho com a comunidade, a aproximação desta com as ações de saúde e mudar a visão do processo saúde e doença dos profissionais desta área. Um objetivo recorrente nas análises é o de construir uma rede social de apoio à população para atingir a inclusão social. A partir desses objetivos poderíamos supor que a população a ser atendida pelo terapeuta ocupacional seria aquela que tem uma rede e/ou participação social frágil. Ter esse objetivo e trabalhar com essa população parece condizente com a definição profissional que tem "tecnologias orientadas para emancipação e autonomia das pessoas, que, por razões ligadas a problemáticas específicas, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresenta, temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social" (Crefito-3, 2009). A construção de uma rede social parece contemplar as demandas das pessoas com deficiência identificadas por Othero e Dalmaso (2007) em uma unidade de atenção básica: possibilidade de trocas sociais e de acesso a direitos, construção de redes de apoio, criação de oportunidades de sociabilidade e participação, autonomia nas relações cotidianas e familiares.

A população atendida por terapeutas ocupacionais na atenção básica em saúde se apresenta de modo diverso e/ou indefinido. Nas experiências analisadas são

apresentados como clientela: pessoas com necessidades de reabilitação (Alves et al., 2007), em desvantagem social e funcional e aquelas, que apresentam quadros de incapacidades funcionais decorrentes de enfermidades ou com diversas queixas de saúde que interferem no desempenho ocupacional (Silva, 2007b); as famílias dessas pessoas bem como os profissionais da atenção básica em saúde e demais pessoas dos serviços afins (Moraes et al., 2007); os ACS (Silva, 2007a; Figueiredo et al., 2007); a população em geral (crianças, adolescentes, adultos e idosos) ou com questões específicas - depressão, hipertensão, diabetes, gestantes, hipertensos, diabéticos, cuidadores, gestantes (Cardoso e Carretta, 2007; Figueiredo et al., 2007).

A clientela a ser atendida pode ser os profissionais das unidades, de outros serviços (como da educação), a população adscrita, pessoas com incapacidades e/ou pessoas em risco social e seus familiares. Essa diversidade nos mostra que ora a organização do atendimento do TO é regida pela idéia que atenção básica em saúde deve atender toda a população adscrita ora que deve atender a uma população específica. Para atender a população adscrita são identificadas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, que também são consideradas ações tradicionais da atenção básica. Nesses casos não parece haver uma diferenciação do trabalho realizado por outro profissional de saúde nesse nível de atenção, a não ser, supostamente, pela contribuição de diferentes áreas do conhecimento. Mesmo aqueles autores que relataram atenção a uma população específica há diversidade de aspectos considerados: pessoas com incapacidades, em risco social e pessoas em sofrimento psíquico.

Seria necessária uma discussão sobre a população a ser atendida pelo terapeuta ocupacional na atenção básica em saúde, ou de que forma cada população

poderia ser acompanhada e em que situações. Algumas possibilidades têm sido desenvolvidas como capacitação das equipes da ESF por profissionais de reabilitação para o cuidado em saúde das pessoas com deficiência, acompanhamento periódico dessa população para identificar novas necessidades ou mudanças nos seus determinantes de saúde, atendimento em grupo, individual ou encaminhamento para outro nível do sistema de saúde ou para outros setores como o educacional ou de apoio ao trabalho.

Duas discussões parecem necessárias. O terapeuta ocupacional pode contribuir com seu conhecimento específico para atenção básica em saúde tradicional, atendendo toda a população adscrita e realizando ações de promoção de saúde e prevenção de doença? Ou o terapeuta ocupacional pode contribuir atendendo às pessoas que até então a atenção básica em saúde não tem encontrado formas para lidar com necessidades decorrentes de problemáticas específicas?

É certo que o TO, como qualquer outro profissional, pode contribuir na realização de grupos de hipertensos, diabéticos, cuidadores, gestantes e crianças pelo seu campo de saber e prática específica. Porém essa contribuição, muitas vezes, desloca o potencial do terapeuta ocupacional em atender populações ou tratar de questões que não são o foco tradicional de atenção de outros profissionais.

Outra idéia muito freqüente em relação ao objetivo observado nos trabalhos estudados é que o terapeuta ocupacional, e outros profissionais de reabilitação, têm a missão de mudar a visão dos profissionais da atenção básica em saúde em relação às pessoas com deficiência, aos determinantes do processo saúde e doença e ampliar o conhecimento sobre as possibilidades de atuação do profissional de reabilitação nesse nível de atenção (Alves et al., 2007; Figueiredo et al., 2007; Cardoso e

Carretta, 2007; Moraes et al., 2007; Silva, 2007b). Se por um lado esse compromisso pode contribuir para uma mudança de atitude na área da saúde, por outro pode deslocar a ação do terapeuta da assistência e transferir essa responsabilidade para as equipes da ESF.

O objeto de trabalho (aspecto que sofre intervenção) do profissional na atenção básica em saúde nos trabalhos analisados estaria voltado para família, os aspectos físicos, culturais, econômicos, ocupacionais e ambientais como os apresentados no âmbito domiciliar, o comunitário ou o da unidade de saúde (Alves et al., 2007; Cardoso e Carretta, 2007).

Especificamente para o TO são identificados como objetos de seu trabalho:

- o homem em sua vida de atividades, ou seja, o seu desempenho frente aos papéis sociais, ocupações, atividades e interações (Silva, 2007b);
- as capacidades funcionais e de desempenho centradas no corpo biopsíquico do indivíduo;
- os diferentes significados dado às atividades e ao cotidiano,
- o corpo, as relações interpessoais como limitadores ou facilitadores de execução de atividades e os contextos, como os comunitários, os de direito e os arquitetônicos num território delimitado (Toldrá et al., 2007);
- os determinantes de saúde e doença, de produção de vida, de participação social e da qualidade de vida desta comunidade, determinados por fatores sociais, históricos, culturais e econômicos do cotidiano desta comunidade (Cardoso e Carretta, 2007).

O objeto de trabalho dos TO na atenção básica em saúde vai para além do corpo biológico apresentando-se outros aspectos que podem determinar os processos

de saúde e doença. O desafio da atenção básica não é lidar com todas essas questões, mas entender como essas questões se articulam e uma ou algumas determinam a qualidade de vida das pessoas. Para a terapia ocupacional, alguns autores apresentam que seus objetos de trabalho envolvem as atividades, o cotidiano, os papéis sociais e a funcionalidade. Os instrumentos para apreender e intervir nesses objetos não são apresentados na mesma proporção. Os instrumentos mais citados são os já consagrados pela atenção básica em saúde que são da ordem organizacional, de princípios ou de modelos de ações: trabalhar com a comunidade, com larga cobertura, com responsabilização pela área de abrangência (Figueiredo et al., 2007), regionalização (Silva, 2007b), com ações para promoção da saúde (Figueiredo et al., 2007), com avaliação dos diferentes objetos de trabalho em saúde, com a dispensação de próteses, órteses e adaptações, com ações de promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, com o acompanhamento sistemático da clientela, com envolvimento da equipe, de outros seguimentos e da comunidade (Moraes et al., 2007); com ações que extrapolam a intervenção e orientação, mas englobam a educação em saúde (Cardoso e Carretta, 2007); e com apoio matricial de reabilitação junto às equipes da ESF (Alves et al., 2007).

Um instrumento que se destaca de outros tradicionalmente apresentados para a atenção básica é a dispensação de próteses, órteses e a realização de adaptações, que seria específica de profissionais de reabilitação. Os instrumentos utilizados, especificamente pelo TO, para intervenção nos objetos de trabalho não são explicitados. Consideramos que conhecer esses instrumentos contribui para delinear a especificidade do TO na atenção básica em saúde. Soares (2007) afirma que “as intervenções (entre as profissões) se diferenciam, por via de regra, pelos

instrumentos de trabalho, ou seja, pelas ferramentas adotadas e pela maneira de agir do profissional".

As experiências sobre TO na atenção básica em saúde apresentadas no congresso mostram que os principais atributos da atenção primária estão presentes nos trabalhos desenvolvidos, mas ainda de modo tímido, e há pouco detalhamento sobre as atribuições ou papel desse profissional na atenção à saúde das pessoas com deficiência. A análise dessas experiências possibilitou parâmetros para discussão dos principais objetos e instrumentos de trabalho utilizados por TO nesse contexto.

A partir da análise crítica de princípios, diretrizes e de experiências de TO no atendimento às pessoas com deficiência na atenção básica em saúde, que buscamos desenvolver esta pesquisa. Os TO que têm como local de trabalho as unidades básicas de saúde atuando na atenção às pessoas com deficiência têm constituído uma prática social. Consideramos que a prática social de uma profissão de saúde é constituída historicamente por ações coletivas a partir de concepções (sobre homem, saúde-doença...) dos trabalhadores, e influenciada por políticas e serviços em que os profissionais são chamados a trabalhar. Deste modo, buscamos fazer um recorte de um momento da história de constituição dessa prática social a partir do trabalho cotidiano de TO em UBS regido por um saber instrumental, que se mostra nas formas de organização dos serviços e os atendimentos realizados.

A partir dessa valorização essa pesquisa investigou esses recursos a partir dos aspectos organizacionais e de princípios utilizados pelos TO na atenção básica em saúde na apreensão e intervenção nos objetos de trabalho. Essa discussão pode contribuir para a constituição e discussão de um campo recente de atuação desse profissional na Saúde Coletiva: a atenção básica.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Delineamento dos recursos metodológicos

> Em cada instante desse trabalho de pesquisar, o olhar atento buscou reconhecer os nexos, as funções, os sentidos, que foram conformando um padrão de conjunto, uma estrutura, férrea de necessidades, que circunscreve e amarra a vida. Mas aquilo era também a vida que produz essas estruturas (...) cuja principal utilidade será a de se constituir em objeto para outro conhecimento que busque explicá-lo (Mendes-Gonçalves, 1994).

Tendo como objetivos específicos caracterizar os elementos do processo de trabalho de terapeutas ocupacionais em um contexto de atenção básica em saúde e compreender os significados por eles atribuídos às suas ações, consideramos que a pesquisa qualitativa nos dá melhores recursos para interpretar o fenômeno pesquisado, pois esta é:

> (...) uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. (...) seus pesquisadores buscam entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (Denzin e Lincoln, 2006).

Para nos aproximarmos do objeto de pesquisa, utilizamos um questionário com perguntas abertas e fechadas direcionadas a todos os 36 terapeutas ocupacionais localizados que trabalham em Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo. Dos 18 terapeutas que responderam o questionário, cinco trabalham atendendo pessoas com deficiência e aceitaram continuar na pesquisa. Utilizamos a técnica da observação participante do trabalho desenvolvido e a técnica da entrevista com objetivo de descrever e analisar nosso objeto de pesquisa de modo mais aprofundado. A pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética da SMS de São Paulo e pela Comissão de Análise de Projetos e Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, conforme Anexo.

A partir do pressuposto de que é impossível conhecer o real para além da esfera da subjetividade do pesquisador, apresentamos sob qual ponto de vista olhamos para a realidade pesquisada durante o processo de produção dos dados.

Nossa pesquisa seguiu a mesma estrutura metodológica que Mendes-Gonçalves (1994) no que diz respeito à busca pelas representações dos profissionais e a caracterização de seu trabalho em relação às atividades desenvolvidas a partir da observação e entrevista. Nosso objeto de pesquisa se distancia da citada acima por tomarmos uma única categoria profissional – os terapeutas ocupacionais - e por nós nos focarmos no saber tecnológico desta no atendimento específico a uma população - as pessoas com deficiência - numa dada organização - a atenção básica em saúde. Consideramos que as características e diretrizes da atenção básica e as propostas de atenção às pessoas com deficiência oferecem um contexto, que delineia certo processo de trabalho em saúde. Desse modo, optamos por discutir essas propostas em vez dos saberes clínico e o epidemiológico apresentados por Mendes-Gonçalves.

A entrevista é o principal recurso metodológico utilizado por Mendes-Gonçalves, porém este mesmo afirma que seria compatível para apreensão do seu objeto de pesquisa a realização de observações mais sistematizadas. Esse foi um recurso utilizado em nosso estudo com objetivo de aprofundar o conhecimento sobre as percepções dos terapeutas em relação às atividades desenvolvidas e os elementos constituintes do processo de trabalho: o entendimento das necessidades de saúde, os objetos a serem transformados, os instrumentos utilizados e a finalidade.

Para construir um roteiro de observação e entrevista tomamos como base de elaboração a pesquisa realizada por Peña (2004). O objetivo de sua pesquisa foi compreender o processo de trabalho de enfermeiras no atendimento às crianças

sadias em um único serviço de atenção primária em saúde. Peña utilizou como instrumento de coleta a observação de consultas e entrevistas semi-estruturadas com profissionais e mães das crianças atendidas. O roteiro de observação das consultas versava sobre quais os procedimentos realizados e como foram realizados, as ações que o trabalhador realiza orientadas ao cuidado, os instrumentos de trabalho utilizados e os diálogos literais entre profissionais de saúde e usuário mãe/filho.

O roteiro de entrevista (Peña, 2004) utilizado com enfermeiras ou assistentes de enfermagem, apresentou perguntas como: Quais as atividades que realiza? Qual a contribuição do seu trabalho? Como você identifica a população que atende? Qual a atividade mais importante que você realiza? Por que as mães procuram esta atenção?

Mendes-Gonçalves (1994) apresentou os resultados de sua pesquisa a partir das atividades mais citadas entre os profissionais, e dos objetos e meios (instrumentos) de trabalho.

Embora se tenha tomado como referência metodológica os trabalhos de Mendes-Gonçalves (1994) e de Peña (2004), nosso objeto de pesquisa e a forma de apreendê-lo mostraram-se uma construção constante ao longo dessa pesquisa.

Questionário

O questionário teve como objetivos específicos:

- caracterizar o trabalho de terapeutas ocupacionais (TO) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), e
- mapear as UBS onde os TO do município de São Paulo trabalham na atenção às pessoas com deficiência.

Os temas do questionário foram: I - DADOS DO PERCURSO PROFISSIONAL, II - FORMAÇÃO PROFISSIONAL, III - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA UNIDADE e IV - PRÁTICA PROFISSIONAL.

A *formação e o percurso profissional* possibilitaram identificar a capacitação, experiência profissional e provável área de interesse de trabalho do terapeuta. Os temas *caracterização geral da unidade* e *prática profissional* foram focalizados sob a ótica da organização dos serviços da UBS. Uma parte desta é, predominantemente, determinada pelo contexto institucional: a presença da Estratégia Saúde da Família (ESF), recursos humanos/ materiais e a delimitação da área de abrangência da unidade. Outra parte é, predominantemente, determinada pelo próprio terapeuta: os recursos utilizados, critérios de seleção, tipos de atendimento, trabalho dentro ou fora da unidade, participação ou não em reuniões internas e externas. A análise desses aspectos possibilitou caracterizar a organização do trabalho e algumas de suas determinações.

As perguntas mesclaram questões fechadas e abertas. As questões fechadas buscaram captar dados mais objetivos como nomes dos cursos que realizaram, ou unidade de saúde que trabalharam. As questões abertas foram adotadas para compreender algumas motivações do terapeuta que poderiam influenciar seu trabalho atual ou captar sua opinião sobre algum aspecto de suas atividades.

Percurso da pesquisa de campo

O departamento de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde de São Paulo forneceu a relação de terapeutas ocupacionais que trabalham em UBS, totalizando 44 profissionais. No decorrer da pesquisa, só foram identificados 37 dos terapeutas indicados, sendo que um deles apenas no período final do trabalho de campo. A

pesquisadora enviou os questionários aos 36 terapeutas no dia 19 de janeiro de 2006, solicitando o reenvio do questionário até dia 17 de fevereiro de 2006 ou assim que possível. No conteúdo do envelope havia uma carta de apresentação, o questionário e dois termos de consentimento que podem ser visualizados no Anexo. Apenas seis terapeutas responderam. A partir de contatos telefônicos para confirmar o recebimento do questionário e solicitar seu preenchimento, dois terapeutas responderam. Então, a pesquisadora se dispôs a se deslocar até os locais de trabalho de alguns terapeutas para colher os dados para o questionário. Essa nova estratégia resultou em mais 10 questionários respondidos, totalizando dezoito questionários analisados.

As diferentes estratégias de coleta produziram dados de duas naturezas: oito questionários respondidos por escrito pelos terapeutas e 10 a partir da aplicação do questionário pela pesquisadora.

Todas as respostas de cada terapeuta foram digitadas e organizadas em planilhas. A análise partiu da transcrição literal das respostas dos terapeutas. Então, foram elaborados resumos das respostas das questões mais abertas, sua transposição para outra planilha e a organização dos dados buscando categorias que fizessem sentido para discussão sobre processo de trabalho.

Observação e entrevista

A observação e a entrevista tiveram como objetivos específicos:

- identificar os elementos do processo de trabalho, objetos, instrumentos e finalidades, de terapeutas que trabalham na atenção às pessoas com deficiência em UBS, e

- compreender os significados atribuídos pelos terapeutas ocupacionais às suas próprias ações.

Foram identificados a partir dos questionários respondidos quais terapeutas atendem pessoas com deficiência e concordam* em participar da observação de uma semana do seu trabalho e de uma entrevista. Dos dezoito terapeutas que responderam o questionário, treze aceitaram continuar participando. Dois trabalhavam exclusivamente com saúde mental, que não é o foco da pesquisa; quatro restringiram sua participação à observação de apenas alguns atendimentos, que a nosso ver iria limitar a captação dos dados necessários para análise do processo de trabalho; um pediu exoneração da Prefeitura no período posterior à resposta do questionário e um estava enfrentando mudanças no trabalho, no momento do contato para observação e não aceitou continuar na pesquisa. Foram cinco terapeutas que, efetivamente, aceitaram continuar participando e apresentaram características relevantes para a nossa pesquisa.

Os TO acompanhados na segunda fase da pesquisa de campo foram identificados da seguinte forma:

TO1 - UBS tradicional, região Centro-Oeste,

TO2 - UBS tradicional, região Centro-Oeste,

TO3 - UBS com ESF, região Sudeste,

TO4 - UBS com ESF, região Centro-Oeste e

TO5 - UBS tradicional, região Centro-Oeste.

A maioria dos terapeutas ocupacionais observados e entrevistados é da região centro-oeste porque foi nesta área que a pesquisadora centrou esforços para aplicar o

* No final do questionário havia um convite para o terapeuta continuar a participar da pesquisa.

questionário por esta concentrar o maior número de TO em UBS. Isso resultou na participação de nove TO da região centro-oeste, num total de dezoito profissionais que responderam o questionário. A aproximação entre pesquisador e profissionais facilitou que quatro TO em UBS da região centro-oeste aceitassem a observação de uma semana do seu trabalho e a entrevista.

Escolhemos observar uma "semana típica" de trabalho, de segunda-feira a sexta-feira, pois esta é, em geral, uma unidade representativa da dinâmica de atendimento. Embora o acompanhamento de uma semana de trabalho não revele todos os elementos do processo de trabalho – pois não acompanhamos o momento do recorte do objeto de trabalho e sua transformação – a observação pontual de um momento pode conter em si a potencialidade de revelar aspectos desse processo.

> Cada elemento constitutivo, quando destacado, pode conter [revelar] os demais instrumentos desse processo. Equivale dizer que ao destacar o produto, por exemplo, tem-se idéia dos instrumentos e da finalidade deste processo (Egry, 1999).

A observação de cada dia foi anotada num "diário de campo" após o término dos atendimentos seguindo um roteiro geral destacando falas, gestos, condutas, atividades desenvolvidas e outras descrições de contextualização buscando relatar o tempo cronológico dos acontecimentos.

Depois de uma semana de observação, o diário de campo foi lido e enumeraram-se as atividades desenvolvidas. Para melhor visualização, foi construída uma agenda das atividades observadas, enumerando-as e distribuindo-as na semana.

As atividades foram agrupadas em: assistência direta e atividades agendadas e não agendadas. Na assistência direta, foram considerados separadamente atividades de atendimento individual, intercorrências e atendimento em grupo. Quando apresentada como característica do trabalho do TO, as atividades foram agrupadas

por locais de atendimento como creche e domicílio. As intercorrências são atendimentos à demanda espontânea ou atendimentos, que não aconteceram por falta/atraso do paciente ou pelo fato de ele não ser encontrado em visita domiciliar. As atividades agendadas, semanalmente ou com uma freqüência regular, são, por exemplo, reuniões e supervisões. As atividades não agendadas são, em geral, aquelas de apoio à assistência como telefonar para o professor da escola de um paciente, escrever relatórios e deixar recados para outros profissionais de saúde.

Com base na observação, utilizando como apoio os dados do diário de campo e a agenda construída pela pesquisadora, foram organizadas para cada terapeuta três planilhas: atendimento individual, atendimento em grupo e atividades de apoio a assistência. A planilha do atendimento individual contém uma hipótese classificatória destas referentes aos elementos do processo de trabalho. Foi utilizada a CIF (OPAS e OMS, 2003) como parâmetro para classificar os objetos de trabalho do terapeuta, ora de avaliação, ora de intervenção. As principais categorias utilizadas para classificação dos objetos de trabalho foram:

- Funções e estruturas do corpo,
- Atividade e participação: aprendizagem e aplicação do conhecimento, tarefas de demandas gerais, comunicação, mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica, relações interpessoais, áreas principais da vida,
- Fatores contextuais: produto e tecnologia, ambiente natural, apoio e relacionamentos, atitudes e serviços, sistemas e política, e
- Fatores pessoais: atitude ou comportamento pessoal (subitens acrescentados pela pesquisadora).

A classificação dos objetos de trabalho se mostrou mais fácil quando se tratava de um atendimento de avaliação, por esta atividade apresentar mais claramente os diversos elementos do processo de trabalho em saúde. Nestes casos, o terapeuta ouve a queixa e busca entender o problema por meio de perguntas, avaliação das atividades propostas ou observação livre do paciente. Os instrumentos de que utiliza para essa investigação foram destacados para construir a hipótese do objeto investigado. Os objetos de intervenção puderam ser observados, principalmente, pela conduta dos terapeutas como orientações e/ou proposta de atendimento, que se configuram em instrumentos de intervenção.

No atendimento de avaliação e de acompanhamento de tempos em tempos, o terapeuta visualiza o processo de trabalho que ele terá de percorrer e na maioria das vezes apresenta essa proposta para o paciente, enquanto no atendimento de intervenção não é possível saber, a não ser por hipóteses mais vagas, de que problema o terapeuta partiu e qual a finalidade do seu trabalho. Buscamos confirmar algumas dessas hipóteses na entrevista com o terapeuta. Os objetos de avaliação e de intervenção nos diferentes tipos de atendimento - avaliação, intervenção e acompanhamento - foram agrupados buscando identificar a freqüência desses objetos de trabalho recortados pelo terapeuta.

A construção da agenda e das planilhas permitiu que a pesquisadora captasse certa organização, dinâmica e/ou características gerais do processo de trabalho. Com base nas planilhas e algumas hipóteses referentes ao processo de trabalho organizacional e assistencial foi elaborada uma entrevista. Um exemplo de roteiro de entrevista pode ser encontrado no Anexo. Todas as entrevistas forma gravadas e transcritas. Embora os TO tenham apresentado uma riqueza para discussão de

diferentes temas, nosso desafio na pesquisa foi permanecer com a finalidade de responder nossos objetivos. Assim, as entrevistas não foram padronizadas, procurando se adequar às peculiaridades do trabalho dos TO participantes do estudo.

A primeira parte da entrevista buscava entender os elementos do processo de trabalho na assistência direta. A planilha das atividades agrupadas a partir da observação do processo de trabalho foi apresentada para as TO durante a entrevista. Dois recursos foram utilizados. No primeiro, a pesquisadora selecionou atendimentos que julgou significativos do processo de trabalho do terapeuta. No segundo, a pesquisadora solicitou que o profissional escolhesse alguns atendimentos que julgasse representativos do seu trabalho e justificasse a escolha. Solicitamos, então, que o terapeuta descrevesse seu processo de trabalho nos atendimentos selecionados: como o paciente chegou até ele, o que identificou de problemas, qual proposta tem desenvolvido, quais objetivos tem buscado alcançar e os resultados que observa. A mesma descrição foi solicitada para todos os grupos.

A segunda parte da entrevista foi sobre organização, dinâmica e/ou características gerais do processo de trabalho do terapeuta. A partir desses dados foram elaboradas perguntas para entender as motivações do terapeuta ou determinações externas que dão certa configuração do seu trabalho e para nos aprofundarmos em questões relativas à atenção básica em saúde e/ou atendimento de pessoas com deficiência. As perguntas para entendermos esses aspectos foram muito específicas para cada um dos TO. O terceiro item foi sobre o papel da Terapia Ocupacional na atenção básica em saúde.

Para analisar os dados do primeiro item da entrevista sobre o processo de trabalho na assistência direta foram elaboradas planilhas contendo caracterização do objeto e entendimento da necessidade, instrumentos e produtos.

Foram recortadas da entrevista transcrita as falas do TO, que correspondiam a um desses elementos do processo de trabalho. Os objetos de trabalho em cada atendimento foram agrupados a partir das categorias da CIF (OPAS e OMS, 2003) e apresentados num quadro buscando ilustrar os aspectos trabalhados pelos terapeutas. A mesma técnica de recorte da transcrição das entrevistas foi utilizada para ilustrar a percepção dos TO sobre a organização do processo de trabalho, os atributos da Atenção Primária e o papel do TO na atenção básica. Para apresentação final dos dados buscamos descrever e analisar:

- a organização específica e as determinações do trabalho dos TO,
- os elementos do processo de trabalho – objetos, instrumentos e produtos – na assistência direta individual e em grupo,
- a percepção dos TO em relação à função desse profissional na atenção básica em saúde,
- a percepção e as formas de promover ou limitar os atributos da Atenção Primária em saúde a partir dos aspectos apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Aspectos investigados para descrever o trabalho dos terapeutas ocupacionais, segundo atributos da atenção primária em saúde

Atributos	Tipo de informação necessária para avaliar os atributos* (Starfield, 2002)	Aspectos investigados para descrever o trabalho dos terapeutas ocupacionais
Atenção ao primeiro contato	- acessibilidade da unidade, - acesso à atenção, - uso da unidade como local de primeiro contato.	- população eletiva e justificativa, - acessibilidade da unidade e instrumentos para facilitar o acesso e uso do serviço a cada novo problema.
Continuidade (longitudinalidade)	- definição da população eletiva,	- existência de cadastro das pessoas atendidas,
	- conhecimento do paciente e de seu meio social,	- instrumentos para entender as necessidades (individuais ou coletivas) dessa população.
	- extensão e força da relação com os pacientes, não importando o tipo de necessidade para atenção.	- indicativos de vínculos entre paciente e terapeuta, - instrumentos para facilitar ou fortalecer o vínculo, - objetivo com o estabelecimento do vínculo, - propostas de acompanhamento de pacientes ao longo do tempo.
Integralidade	- espectro de problemas a serem tratados, - atividades preventivas primárias e secundárias,	- instrumentos para reconhecer necessidades, - necessidades dos pacientes trabalhadas (objetos) e instrumentos de intervenção utilizados, - tipos de serviços oferecidos pelo profissional.
	- reconhecimento e manejo dos problemas de saúde na população,	- necessidades encaminhadas para outros níveis de atenção em saúde e para outras instituições, - articulação entre o trabalho do profissional e o da equipe de saúde.
	- percentagem de pessoas manejadas referenciadas sem encaminhamento.	NÃO INVESTIGADO.
Coordenação da atenção	- mecanismos para continuidade, - reconhecimento de informações de consultas prévias, - reconhecimento de consultas para encaminhamento/consultoria (ocorrência e resultados).	- registro e consulta dos atendimentos nos prontuários, - instrumentos de comunicação entre profissionais.
Centralização na família	- conhecimento dos membros da família, - conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família.	- instrumentos para entender a família e intervir nesse contexto.
Orientação para comunidade	- mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, - participação nas atividades comunitárias, - envolvimento comunitário na unidade.	Instrumentos para: - identificar as necessidades da comunidade, - intervir na comunidade, - incentivar a participação comunitária na definição de necessidades e propostas de trabalho.

* Starfield (2002) considera a opinião da população para avaliar os atributos da atenção primária em saúde, questão que não foi alvo de nossa pesquisa.

5. PROCESSO DE TRABALHO: UM PANORAMA GERAL

Percurso e formação profissional

Em 2006, a SMS de São Paulo contava com 26,7% dos TO em UBS, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Terapeutas ocupacionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, segundo tipos de unidades e regiões de saúde - 2006/2007

UNIDADE DE SAÚDE	REGIÃO					TOTAL	
	Centro Oeste n (TO)	Norte n (TO)	Sul n (TO)	Leste n (TO)	Sudeste n (TO)	n	Freq. (%)
Hospitais e PS	2	2	1	-	-	5	3,01
AE	7	2	8	1	7	5	15,18
CAPS AD	2	-	3	-	7	12	7,23
AESM	-	1	-	-	2	3	1,80
CAPS Adulto	5	3	4	2	3	17	10,24
CAPS Infantil	1	3	3	-	6	13	7,83
CECCO	4	3	5	3	9	24	14,46
CRI	-	-	-	-	3	3	1,80
CR DST	-	2	1	-	-	3	1,80
CRST	1	2	2	-	1	6	3,60
SAE – DST	1	1	1	2	5	10	6,02
UBS	12	7	4	6	15	44	26,70
TOTAL DE TO	35 (21,05%)	26 (15,67%)	32 (19,25%)	15 (9,03%)	58 (35%)	166 (100%)	100,00

FONTE: Banco de dados disponibilizados pela Coordenadoria de Recursos Humanos da SMS de São Paulo.

LEGENDA: AD – Álcool e drogas, AE – Ambulatórios de Especialidades, AESM – Ambulatório de Especialidades em Saúde Mental, CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa, CRI – Centro de Referência Infantil, CRST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, PS – Pronto Socorro, SAE–DST/ – Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, UBS – Unidade Básica de Saúde.

O maior número de TO em UBS na região sudeste se deve ao fato de muitos desses profissionais terem sido contratados para comporem equipes de referência em reabilitação para UBS com ESF. Essas contratações foram realizadas pelas instituições parceiras da prefeitura e, no processo de municipalização das UBS em 2003, os profissionais foram incorporados como funcionários da SMS de São Paulo. Não foi possível localizar, nem por dados disponibilizados pela SMS nem por meio dos questionários, o número de TO contratados via instituições parceiras e aqueles diretamente pela PMSP.

Entre os 36 TO em SMS localizados por esta pesquisa, todos os dezoito terapeutas ocupacionais (TO) que participaram do estudo são mulheres.

Catorze TO foram contratadas pela Prefeitura de São Paulo (SP) no início da década de 1990, na gestão da Prefeita Erundina. A partir da aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e de pressão de movimentos sociais, o município de SP inicia a implantação de serviços de saúde mental (SM) e de reabilitação (reab.) para os quais são contratados profissionais. Onze das dezoito terapeutas afirmam saber quando a Terapia Ocupacional foi implantada em sua unidade e por quê. A maioria faz referência à época citada, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Conhecimento das terapeutas ocupacionais sobre a implantação da terapia ocupacional na unidade básica de saúde

Sabe quando foi implantado o serviço de Terapia Ocupacional e por quê?	**Sub**	**n**	**Freq. (%)**
SIM – Trabalhar em Saúde Mental ou Reabilitação	08	11	61
SIM – Outras respostas	03		
NÃO – Não sabe	04	07	39
NÃO – Sem resposta	03		
TOTAL		18	100

Esses dados corroboram com o fato de que foi na década de 1990 que houve um maior investimento em recursos humanos para ações de reabilitação e saúde mental na atenção básica na cidade de São Paulo.

Duas terapeutas declararam que foram contratados pela Prefeitura na década de 1980. Uma delas afirma que trabalhava para o Estado e sua unidade foi municipalizada a partir da aprovação do SUS. É provável que a outra terapeuta também tenha sido incorporada ao município nesse processo.

A partir do ano 2000, o questionário revelou duas contratações. Uma delas foi realizada pela organização social parceira da Prefeitura para compor uma equipe de reabilitação de referência para dezesseis Equipes Saúde da Família que são

responsáveis por cerca de 40.000 habitantes. A outra contratação foi realizada por concurso público para compor um núcleo integrado de reabilitação (NIR), alocado em uma UBS sem ESF, que é referência para cerca de 159.000 habitantes. Essas TO são representantes de duas propostas diferentes de atenção às pessoas com deficiência nesse nível de atenção. O primeiro caso citado incorpora oito TO contratados por instituições parceiras, em 2000, nas regiões leste e sudeste de SP constituindo profissionais de referência em reabilitação para UBS com ESF (Rocha, et al., 2002). O segundo caso incorpora oito TO por concurso público, em 2004, para comporem os núcleos integrados de reabilitação I (NIR I). Embora os profissionais dos NIR tenham sido alocados em níveis assistenciais diferentes - três TO foram trabalhar em ambulatórios de nível secundário de atenção à saúde, e cinco em UBS – o trabalho proposto é o de nível primário de referência para atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Os profissionais pesquisados têm significativa experiência na atenção básica em saúde, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Experiência das terapeutas ocupacionais em unidade básica de saúde

Desde quando trabalha em UBS	Sub	n	Freq. (%)
Período abaixo de 8 anos em UBS	04	04	22
Período acima de 8 anos em UBS			
Trabalhou em UBS sem interrupção*	03		
Trabalhou em UBS com interrupção	05	14	78
Sempre trabalhou na mesma UBS	06		
TOTAL		18	100

LEGENDA: UBS – Unidade Básica de Saúde.
***NOTA:** Excetuando-se a época do Plano de Assistência à Saúde (PAS), compreendido entre 1996 e 2001.

Embora a Prefeitura tenha uma proposta frágil de atuação do TO na atenção básica, pelas constantes mudanças e pela diversidade organizacional, há um desejo de permanecer no mesmo local de trabalho. Dezesseis das dezoito TO não gostariam

de trabalhar em outro local: cinco pela proximidade de casa, cinco porque gostam do trabalho, uma porque gosta das ações desenvolvidas na UBS. Uma TO gostaria de trabalhar em outro local mais perto de casa na mesma proposta de atenção básica em saúde e outra afirmou que gostaria de ser transferida para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO).

Em relação à formação profissional, a Tabela 5 mostra um grande interesse por cursos de pós-graduação na área da saúde coletiva.

Tabela 5 - Tipos de cursos realizados

Terapeuta Ocupacional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	**n**	**Freq. (%)**
CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO																				
Mestrado		1																	1	
Especialização / Aprimoramento																				
Saúde Coletiva	1	1					1	1			1	2			1				8	31
Saúde Mental			1				1	1											3	
Reabilitação								1		2				2		2			7	
Outros		1			2	1		1				1	1	1			1		9	
Sem cursos				1					1									1	3	3
CURSOS OFERECIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE																				66
Diversos tipos	1	4	5	2	3	5	3	4	5	2	4	2	4	4	1	4	6	0	59	
TOTAL	2	7	6	3	5	6	5	8	6	4	5	5	5	7	2	6	7	1	90	100

Sete dos dezoito TO fizeram cursos na área da saúde coletiva, sendo que um também em educação em saúde. O interesse nesse tema parece indicar uma busca por conhecimento para atuação no sistema público de saúde. Os cursos realizados, principalmente com o patrocínio da Prefeitura, foram de natureza muito diversa (59 citados). Esta constatação pode indicar que, se por um lado, há uma diversidade de interesse do TO e de ações requeridas pelo sistema público, em especial na atenção básica em saúde, por outro, essa diversidade pode indicar uma falta de clareza, de quem oferece e de quem realiza os cursos, sobre qual conhecimento é necessário ao trabalho do TO nesse nível de atenção.

Estrutura organizacional dos serviços

Embora todas as TO pesquisadas estejam alocadas em UBS, não há uma organização do trabalho homogênea e as possibilidades de ação são diferentes. Onze das TO pesquisadas estão em UBS tradicionais e sete em UBS com ESF. Conforme observado na Tabela 6, a área de abrangência do trabalho das TO é diverso.

Tabela 6 - Área de abrangência do trabalho das terapeutas ocupacionais por tipo de unidade básica onde estão alocadas as TO

Área de abrangência do trabalho das TO	UBS tradicional TO (n)	UBS com ESF TO (n)	TOTAL	
			n	Freq. (%)
1 UBS com ESF	-	2	2	11
3 ou 4UBS com ou sem ESF	5	2	7	39
1 UBS no Distrito de Saúde	2	3	5	28
Supervisão Técnica de Saúde	4	-	4	22
TOTAL de TO	11	7	18	100

LEGENDA: UBS – Unidade Básica de Saúde, ESF – Estratégia Saúde da Família, TO – Terapeuta Ocupacional.

Mesmo as TO que estão no mesmo tipo de UBS não apresentaram uma área de abrangência semelhante. Existem TO em UBS tradicional que são referência para uma supervisão técnica de saúde enquanto outras têm como área da abrangência três ou quatro UBS. Do mesmo modo, as TO que estão em UBS com ESF ora são referência para uma unidade de saúde, ora para três ou quatro.

Em relação à área de atuação, há uma variação entre saúde mental (SM), reabilitação (reab.) ou outras áreas ou populações, conforme Tabela 7.

Tabela 7 - Área de atuação das terapeutas ocupacionais por tipo de unidade básica onde estão alocadas as TO

Área de atuação	UBS tradicional TO (n)	UBS com ESF TO (n)	TOTAL	
			n	Freq. (%)
Saúde Mental	5	2	7	39
Reabilitação	1	1	2	11
Saúde Mental e Reabilitação	3	3	6	33
Outras	2	1	3	17
TOTAL de TO	11	7	18	100

LEGENDA: UBS – Unidade Básica de Saúde, ESF – Estratégia Saúde da Família.

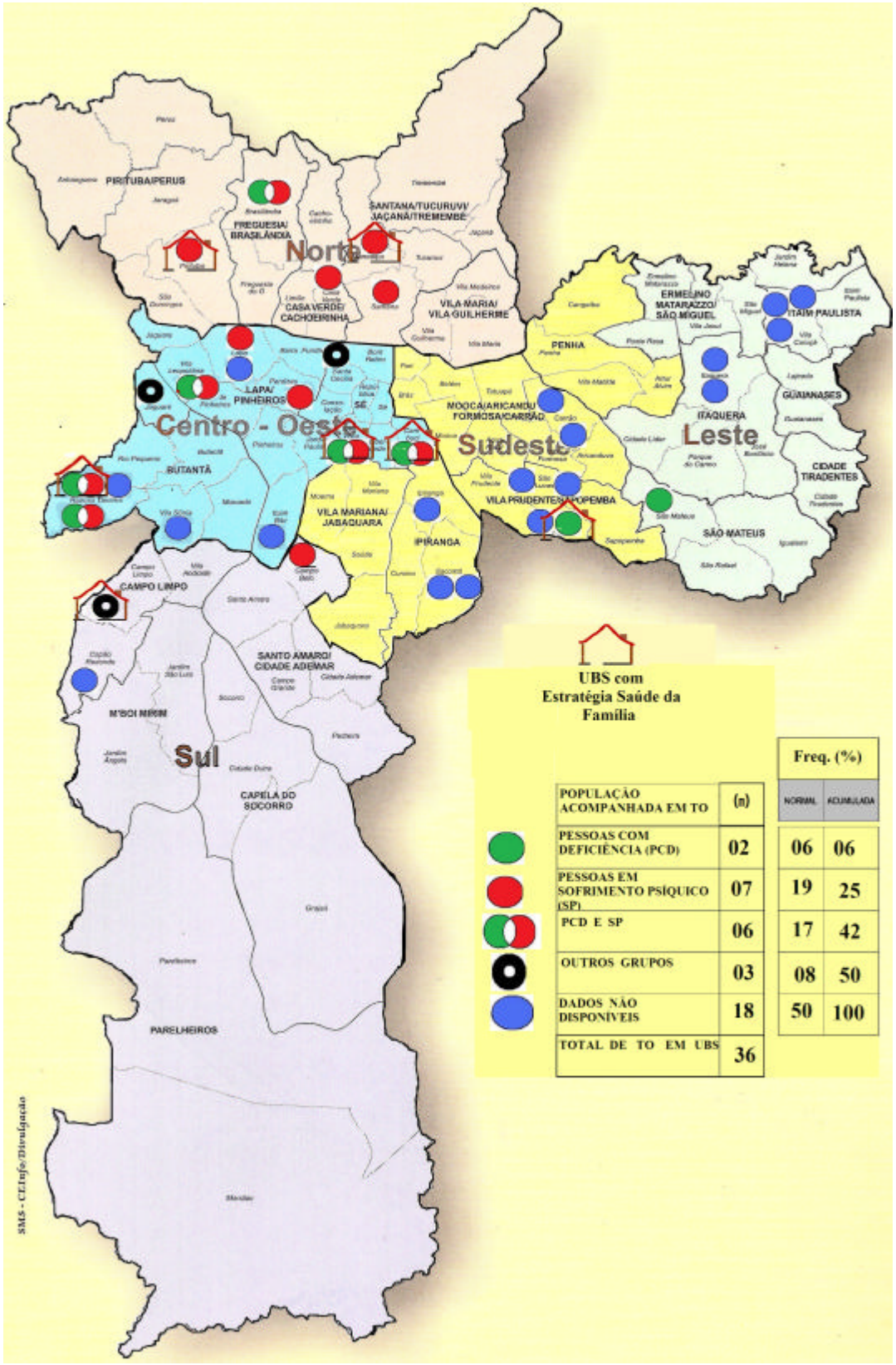
As TO que estão num mesmo tipo de UBS, porém, não têm a mesma área de atuação. Se considerarmos que sete TO trabalham predominantemente em SM e seis tanto com SM como com Reab., 72% das TO pesquisadas trabalham na área de SM. Apenas duas TO trabalham exclusivamente com reabilitação: uma delas está num NIR em uma UBS tradicional e a outra trabalha numa Equipe Saúde do Deficiente em uma UBS com ESF. Se considerarmos além dessas duas TO aquelas que trabalham tanto com SM como com Reab., 44% trabalham na área da Reab. Outras áreas de atuação predominantes foram citadas pelas TO como o trabalho com idosos, crianças com ADNPM, em vulnerabilidade social ou com atraso escolar e população em geral para atividades de prevenção de doenças ou promoção da saúde.

A localização das TO em UBS, assim como a identificação dos tipos de UBS (tradicional ou com ESF) onde estão alocadas as TO pesquisadas e a população atendida por estas podem ser mais bem visualizada na Figura 1, na página seguinte.

Seria de se esperar que o percurso profissional e o de formação dos terapeutas determinassem a população atendida ou a área de atuação profissional como saúde mental ou reabilitação. Identificamos que seis entre dezoito das terapeutas pesquisados mantêm-se em cursos e em prática profissional na mesma área de atuação (SM ou reabilitação) e as outras dez entre dezesseis tiveram alguma experiência após a faculdade (curso ou profissional) nas duas áreas. Esses dados indicam que não há uma polaridade tão definida entre as áreas de atuação em saúde mental e reabilitação para as TO pesquisadas, pois estas percorreram as duas áreas em cursos e práticas nos serviços de saúde.

Seria interessante realizar outras pesquisas buscando analisar as seguintes questões:

Figura 1 - Localização dos terapeutas ocupacionais em unidade básica de saúde, segundo supervisões técnicas de saúde e populações acompanhadas - 2006 a 2008



POPULAÇÃO ACOMPANHADA EM TO	(n)	Freq. (%) NORMAL	Freq. (%) ACUMULADA
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD)	02	06	06
PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO (SP)	07	19	25
PCD E SP	06	17	42
OUTROS GRUPOS	03	08	50
DADOS NÃO DISPONÍVEIS	18	50	100
TOTAL DE TO EM UBS	36		

FONTE: O mapa com as divisões das coordenadorias, supervisões técnicas e distritos de saúde foi obtido na CEINFO (São Paulo, 2007). Outras informações foram acrescentadas com base nos dados dos questionários.

- trabalhar tanto com saúde mental e com reabilitação é uma característica de terapeutas ocupacionais que optam por trabalhar na atenção básica ou é uma característica da categoria profissional?
- o que levou alguns profissionais (seis entre dezoito) a trabalharem tanto em SM como em Reabilitação?
- quais foram os determinantes para os dez entre dezoito terapeutas, que já tiveram alguma experiência em SM e reabilitação, permanecessem atuando nas duas áreas (sete entre dezoito) ou atuassem em uma delas (três entre dezoito)? Escolha pessoal ou política municipal?

Essa é uma discussão de especial interesse para a atenção básica quando se contrata recursos humanos para atuar em saúde mental e/ou reabilitação. É necessário um TO que atenda, exclusivamente, uma das áreas pela complexidade que cada trabalho demanda? Ou um TO poderia trabalhar, simultaneamente, em saúde mental e reabilitação? O NASF, como discutido no capítulo 3, é uma proposta na atenção básica, que engloba tanto ações de saúde mental como ações de reabilitação a serem realizadas por todos os integrantes das equipes, entre eles o TO. Como os cursos de graduação de terapia ocupacional estão formando seus alunos para trabalhar nesse contexto?

Em relação aos critérios de seleção, Tabela 8, sete entre dezoito terapeutas relatam que há uma triagem e avaliação, de forma direta ou indiretamente por meio de encaminhamento de outros profissionais. Cinco entre dezoito referem que o critério está na presença ou não de alguma deficiência específica (como física e/ou

mental) nas funções ou estruturas corporais*, tempo de lesão ou grau de dificuldade (leve ou grave) do paciente. Dois entre dezoito utilizam como critério fazer parte de uma população específica: pessoas com deficiência e/ou sofrimento psíquico, independentemente do tipo de incapacidade ou da gravidade. Duas entre dezoito TO têm como critério de seleção a área da abrangência da UBS.

Tabela 8 - Critérios de seleção da população atendida

Existem critérios de seleção? Quais?	Sub	n	Freq. (%)
Dado não disponível	-	02	9,5
NÃO. Para grupos	-	03	14,3
SIM. Para área de abrangência	02	16	76,2
SIM. Triagem e avaliação direta e indireta	07		
SIM. Pela população específica	02		
SIM. Por dificuldades específicas ou grau de dificuldade	05		
TOTAL		21	100

Esses dados também revelam que o entendimento de critério de seleção é muito variável entre os terapeutas. Ora está na forma de realizar a triagem, ora na população que se tria, ora na dificuldade que esta apresenta ou ora na área de abrangência da unidade. Essas diferentes formas parecem fazer referência a modelos específicos de atuação.

O critério área de abrangência parece se referir a um trabalho baseado nas características de atenção básica, como o trabalho com ESF. O critério *dificuldades específicas ou grau de dificuldade* apresentadas pelo paciente parece se relacionar a um modelo clínico de intervenção. O critério *população específica* (pessoas com deficiência ou em sofrimento psíquico) parece relacionar-se a uma área de atuação que pode conter a integralidade de ações como prevenção, promoção, proteção, reabilitação e cura. As formas de se entender critérios de seleção da população

*De acordo com a CIF, a funções e estruturas corporais envolve alterações mentais, neuromusculoesqueléticas, sensoriais entre outros (OPAS e OMS, 2003).

atendida não são uniformes. O atendimento em grupo, em geral, é aberto à participação de todos.

Atividades realizadas

Todas as TO citaram que realizam atendimento individual e grupal. Este último aparece como instrumento de trabalho significativo para as terapeutas.

Conforme observamos na Tabela 9, foram citados sessenta e cinco grupos, o que dá em média, três grupos e meio para cada terapeuta. Trinta e sete grupos citados fazem referência a recursos utilizados, com destaque para atividades corporais.

Tabela 9 - Tipos de grupos realizados

GRUPO NOMEADO POR:	SUBGRUPOS	Qt.	n	Freq. (%)
Pessoas atendidas	Pacientes	19	24	37
	Pais e familiares	05		
Recursos utilizados	Atividade corporal	12	37	57
	Outros	25		
Não identificado		04	04	06
TOTAL			65	100

LEGENDA: Qt. – Quantidade de grupos realizados.

Duas terapeutas que responderam o questionário revelaram aspectos sobre a escolha ou não de realizar atendimento individual. Para uma das TO, o atendimento individual é reservado aos pacientes que não são elegíveis para ambulatório de especialidades ou CAPS e que não se enquadram nos grupos oferecidos. Outra TO afirma que o atendimento individual é para avaliar casos novos e para pacientes que não são elegíveis aos grupos.

A TO4, acompanhada pela pesquisa, organiza sua agenda, principalmente, para realizar atendimentos em grupo.

> Minha agenda está toda organizada nos meus grupos. O que está fora é o dia de uma consulta. Por isso eu tenho muitos horários

> para grupos (...). É muita gente. Eu até faço [atendimento individual]. Vou à casa, eu já atendi o paciente em casa, mas a idéia é atender no grupo ou vai para a psicoterapia. Não faço coisa infinita na casa. Acho que é muito desgastante. Perde o sentido uma hora (Entrevista TO4).

A TO2 apresenta também um grande número de atendimentos em grupo e na comunidade. Para ela, o grupo possibilita atingir mais pessoas ao mesmo tempo. O fato de serem realizados na comunidade é devido à indisponibilidade de espaço na unidade e à dificuldade de acesso à UBS de pessoas da terceira idade ou de professoras das creches.

A TO2 realiza o primeiro atendimento em grupo e em parceria com outra profissional de saúde. Enquanto a TO2 avalia preliminarmente o comportamento e desenvolvimento cognitivo das crianças, a fonoaudióloga entrevista os pais. Depois, as profissionais realizam uma reunião para trocarem informações sobre o desenvolvimento do grupo e decidirem as melhores condutas.

De maneira similar, a TO3 realiza o grupo de brincadeira como uma das possibilidades de primeiro atendimento. Enquanto os pais conversam com duas profissionais da equipe de saúde mental, a TO3, juntamente com um ACS ou auxiliar de enfermagem, avalia o brincar das crianças. Depois os profissionais dos dois grupos realizam uma reunião e trocam informações e decidem condutas.

Excetuando-se as atividades de assistência direta, individual ou em grupo, foram citadas quarenta e oito outras atividades regulares e trinta e cinco atividades esporádicas, conforme Tabela 10. As reuniões foram as mais citadas entre as atividades regulares, e o contato com outras instituições e/ou profissionais, entre as atividades esporádicas.

Tabela 10 - Tipos de atividades regulares e esporádicas

REGULARES		**n**	**Freq. (%)**
Reuniões		23	48
Atividades de assistência ou de apoio		12	25
Supervisão ou capacitação		10	21
Outras atividades		03	06
TOTAL		48	100
ESPORÁDICAS	**Sub**	**n**	**Freq. (%)**
ATIVIDADES DE APOIO À ASSISTÊNCIA			
Contatos com outras instituições e/ou profissionais	10	16	44
Festas	03		
Passeios	03		
ASSISTÊNCIA			
Grupos	06	09	25
Visita domiciliar	03		
REUNIÕES	02	02	06
OUTROS	09	09	25
TOTAL		36	100

Metade das TO declarou que as reuniões de equipe ocorrem numa freqüência semanal. Outras duas afirmaram que não há reuniões de equipe. Oito TO citaram que não participam de reuniões externas. Seis destas terapeutas se referem a essas reuniões de forma negativa. Mesmos as terapeutas que participam de reuniões externas, há uma tendência de estas serem avaliadas mais negativamente do que as reuniões internas. Aquelas são referidas como sendo longas e improdutivas, e de difícil aplicação no cotidiano. Uma única TO avalia a reunião externa positivamente.

As reuniões de equipe são mais aceitas. Dez TO avaliaram as reuniões internas de forma mais positiva que as externas e duas de forma negativa. As TO se referem às reuniões de equipe como mais produtivas, meio de planejamento e de fortalecimento do trabalho e um momento de reflexão. Por outro lado, observam-se dificuldades na reunião de equipe quando relatam que esta está em processo de desenvolvimento (TO14), como um momento que traz um sentimento de impotência (TO1) e em que se tomam decisões que nem sempre se efetivam na prática (TO16).

As orientações, reuniões ou supervisões do trabalho aparecem como iniciativas pontuais ou de pequeno alcance, para uma TO acompanhada pela pesquisa, pois a população para a qual trabalha não é prioridade na SMS se comparada com a atenção dada em programas para crianças, gestantes e mulheres. Para outra TO, participar das reuniões de equipe dependeu de seu próprio empenho.

> Quando começou o outro chefe, ele só fazia reunião com médico e enfermeiro. Eu cheguei e disse: "Eu quero entrar na reunião. Tudo bem?". Eu estava fazendo um curso sobre ativadores de um processo de mudança. Eu comecei a me dar conta que só tinha uma reunião geral. E eu não era de equipe alguma. Ficava rodando. Tinha reunião e eu queria entrar. E eu me enfiei (Entrevista TO4).

Seria de se esperar que as sete TO que trabalham em UBS com ESF realizassem visita domiciliar (VD), porém apenas duas terapeutas citaram-na como uma atividade regular e uma, como atividade esporádica. Das onze TO que estão em UBS tradicionais, três realizam VD. Duas regularmente e uma esporadicamente.

Buscamos identificar as semelhanças do trabalho das TO que realizam VD. Porém, as três TO que estão em UBS tradicionais têm áreas de abrangência e população atendida muito diferentes. Das TO que realizam VD e estão em unidade tradicionais, duas são referência para duas outras UBS e uma referência para uma supervisão técnica de saúde. Quatro das seis TO que realizam VD atendem tanto SM quanto reabilitação, uma delas só atende SM e outra só reabilitação. Esses dados indicam que as TO que estão em unidades com uma proposta de trabalho semelhante, como na ESF, não têm ações semelhantes.

Dificuldades do trabalho

Em relação à opinião das TO sobre as dificuldades do seu trabalho, foram elencadas 46 respostas por meio do questionário, como observamos na Tabela 11.

Tabela 11 - Dificuldades identificadas no trabalho

PROBLEMAS APONTADOS	n	Freq. (%)
Insuficiência de recursos físicos e humanos.	22	48
Falta de uma organização, fluxo ou supervisão no trabalho.	10	22
Falta de conhecimento sobre a profissão TO, de valorização do profissional ou das atividades desenvolvidas.	08	17
Dificuldade na relação interpessoal com profissionais internos e externos.	03	07
Falta de conhecimento ou dificuldade de articulação da teoria com a prática.	02	04
Dificuldade de acesso da população à UBS.	01	02
TOTAL	46	100

A principal dificuldade apontada nos questionários é a falta de recursos físicos e humanos. A insuficiência de recursos materiais oferecidos pela Prefeitura está presente em todos os trabalhos das cinco TO acompanhadas e é suprida de diversos modos. A TO1 consegue recursos por meio de convênio com universidade em contrapartida por receber estagiários de enfermagem e de doações dos próprios funcionários ou pacientes. A TO2 consegue recursos, apenas brinquedos, por convênio com uma entidade mantenedora da brinquedoteca na unidade. A TO2 conseguia verba para comprar materiais para artesanato confeccionados pelos pacientes, mas essa estratégia foi proibida pela gerência. A TO3 utiliza alguns brinquedos de antigas doações de uma empresa e alguns materiais ela compra com seu salário pela possibilidade de escolher os mais apropriados para cada caso. A TO4 utiliza verba do convênio entre universidade e prefeitura, e das vendas dos materiais confeccionados pelos pacientes, sendo que 50% dos rendimentos são destinados aos pacientes e outros 50% para os artesãos. A TO5 trabalha com muitos materiais recicláveis e consegue verba para comprar outros materiais das vendas dos artesanatos confeccionados no grupo.

O sistema de saúde parece não reconhecer a necessidade de brinquedos, materiais para atividades manuais e para adaptações, que são alguns dos

instrumentos de trabalho tradicionais do TO, e coloca no profissional a responsabilidade de suprir sua falta.

Para a TO3 acompanhada pela pesquisa, os objetos materiais fazem falta, mas seu principal de instrumento de trabalho é a relação humana.

> Eu acho que o que eu mais uso [como instrumento] é a relação humana mesmo. De estar disposta a ouvir, de entender como aquela pessoa, aquela família vive. Pode parecer óbvio mais não é. Acho que muitas pessoas diriam: "_Ah, é um tablado, uma bola..." não, as coisas eu uso, eu uso objetos, mas muitas vezes eu não tenho objetos. Eles são importantes? São, e às vezes eu sinto falta deles. (...) E aí eu fui aprendendo a fazer uso das coisas que eu disponho. Quando eu não disponho de nada eu disponho de mim. Do meu corpo, da minha fala. Não acho que seja suficiente, mas o que eu mais faço uso é das relações e do que eu tenho a disposição (Entrevista TO3).

A falta de espaço físico foi citada pelos TO como outra dificuldade do trabalho. Seria necessário investigar qual seria a expectativa dos TO em relação a esse aspecto. Utilizar os espaços da comunidade resolveria essa dificuldade ou há uma expectativa que o próprio serviço de saúde ofereça o espaço físico que o terapeuta imagina como ideal para suas atividades? Para a TO2 o espaço físico adequado para a realização de grupos deveria ser oferecido pela unidade, embora reconheça que utilizar espaços comunitários seja um trabalho da atenção básica. Para a TO5, a falta de espaço físico para realizar grupos na unidade representa a desvalorização da secretaria de saúde por esse tipo de trabalho. A falta de profissionais especialistas para atendimentos mais pontuais como diagnósticos ou caracterização do quadro do ponto de vista médico clínico foi significativamente apontado.

O segundo aspecto mais citado (10/46) sobre as dificuldades encontradas no trabalho foi em relação à organização do trabalho, como falta ou instabilidade de diretrizes e no fluxo de encaminhamentos. Tal dificuldade pode ser decorrente, em parte, da diversidade, mudanças e falta de detalhamento das propostas institucionais,

conforme discutido no capítulo 3, no item *Análise crítica das propostas assistenciais*. Embora a dificuldade de articulação entre os trabalhos dos profissionais da unidade tenha sido observada na maioria dos serviços, ela é pouco reconhecida pelos terapeutas.

A TO2 reconhece as dificuldades de recursos materiais e humanos e chega a apontar a dificuldade de articulação dos trabalhos internos da unidade.

> Ter mais profissionais, por exemplo, psicólogo, fisioterapeuta mais próximo. (...) Um espaço físico pra grupos dentro da unidade. Acho que isso ajudaria bastante. Hoje para as crianças eu tenho material por conta da brinquedoteca. Mas, por exemplo, para adulto eu quase não tenho nada. Tanto é que um tempo atrás eu queria montar um grupo para mulheres com depressão. Mas eu falei assim, eu só começo o grupo se eu tiver o material. (...) Daí não rolou... apesar de que eu ia começar com um trabalho mais corporal, mas também não teve encaminhamento. Avisei todos, falei em reunião também não veio. Então a gente fala, não têm casos de depressão? Nesse lugar? Eu acho que todo mundo tem. Então é difícil... Eu acho que os profissionais, ou outros profissionais estarem mais engajados no seu trabalho e fazerem os encaminhamentos pra gente desenvolver um trabalho maior (Entrevista da TO2).

O terceiro aspecto mais citado (8/46) foi a dificuldade em valorizar o papel social do TO. Essa dificuldade é apontada tanto para o próprio terapeuta como para outros profissionais. A desvalorização pela terapeuta pôde ser amenizada, em um dos casos, pelo reconhecimento que a atividade tem poder transformador, como citado durante a coleta do questionário. “Antes parecia que eu tinha vergonha de ser TO e hoje eu sei que a atividade tem sua eficácia” (Questionário da TO14).

Também podemos identificar essa desvalorização quando algumas terapeutas acompanhadas durante a pesquisa se colocam no papel de substituto de outro profissional (psicólogo, fisioterapeuta, pedagogo) quando este não está disponível para realizar o atendimento de um paciente.

Algumas terapeutas se sentem desvalorizados por outros profissionais. Como apresentado acima, no relato da TO2, essa desvalorização é observada pelos escassos

encaminhamentos dos médicos para seus atendimentos e o não reconhecimento de outros profissionais sobre a importância das atividades, principalmente as externas, que desenvolve. A TO5 demonstrou alguma forma de desvalorização do trabalho que realiza por outros profissionais e a busca do reconhecimento do seu trabalho pela equipe.

> De alguma forma os profissionais percebem que às vezes eu tenho alguma postura que acalma uma situação e as pessoas se reconciliam. Isso é positivo de alguma forma. Pois é uma forma de fazer com que as pessoas comecem a acreditar um pouco que o trabalho que eu tenho feito pode dar resultado, pode ser benéfico em algum momento (Entrevista TO5).

Outra forma de desvalorização do trabalho desenvolvido são as constantes ameaças de desmontagem do trabalho que as TO desenvolvem. As TO2 e TO4 tiveram que reivindicar o poder da comunidade para permanecerem nos seus locais de trabalho ou continuarem a desenvolver suas atividades. A TO3 teve seu trabalho desmontado no final do ano 2008, sendo substituído por um NASF. Para a TO1 essa é uma ameaça presente.

> Se aqui virar NIR [núcleo integrado de reabilitação], todo esse trabalho vai por água abaixo... Esse que eu estou fazendo. Porque não é possível ter um atendimento assim de nível secundário, como é o NIR, e ao mesmo tempo fazer todo esse atendimento de relacionamento, de suporte. Esse é um sentimento que eu tenho (Entrevista TO1).

O relato da TO5 indicou que uma das suas principais dificuldade no trabalho é a falta de clareza sobre o papel do terapeuta ocupacional.

> Eu acho que a principal dificuldade é a minha falta de conhecimento mesmo. De saber o que um TO faz, o que ele deveria fazer numa UBS. (...) você faz um apanhado de coisas... é difícil até de a gente entender o que um TO faz. Chega assim, não está andando, não está equilibrado, com dor, vai pra fisio. E fonoaudiólogo... "ah não fala"... E TO? (Entrevista TO5).

Para a TO1, o trabalho desenvolvido por essa profissional em SMS tem sido solitário, sem a possibilidade de compartilhar experiências

> Eu não sei as outras, mas dentro do serviço público eu me sinto muito sozinha como TO. Eu quase não tenho discussões. Por exemplo, não são

> feitas reuniões mensais, periódicas com outras TO para a gente dis cutir assuntos nossos mesmo. Como está o trabalho de uma, de outra. Parece que você está nadando sozinha no mar de problemas. Então eu acho que essa era uma questão que poderia ser colocada... que já são poucas... e as poucas que têm, não têm contato (Entrevista TO2).

Especificidades do TO na atenção básica em saúde

Em relação à contribuição da Terapia Ocupacional para a atenção básica em saúde, elencamos 43 respostas, agrupadas conforme a Tabela 12.

Tabela 12 - Contribuição da terapia ocupacional na atenção básica em saúde

CONTRIBUIÇÕES	n	Freq. (%)
Objetivos dos trabalhos e aspectos trabalhados	11	26
Características, recursos ou formas de atendimento	11	26
"Olhar" do terapeuta ocupacional	06	14
Diversidade de populações atendidas ou problemáticas	05	12
Resultado na vida das pessoas	04	09
Vínculo com o terapeuta ocupacional	03	07
Estimula outros profissionais a estarem atentos as populações excluídas	03	07
TOTAL	43	100

A maioria desses aspectos já foi discutida como elementos presentes no trabalho das TO. Nossa intenção nesse capítulo, porém, é apresentar como as TO identificam a contribuição do seu trabalho.

Em 11/43 respostas do questionário, a contribuição da Terapia Ocupacional está nos objetos (aspectos) trabalhados ou objetivos a serem alcançados. Na percepção das terapeutas, a Terapia Ocupacional possibilita a construção de rede social, o atendimento às populações com dificuldade de autonomia para Atividades de Vida Diária (AVD), o resgate da auto-estima, o desenvolvimento da responsabilidade dos pacientes por seus cuidados e solução de suas dificuldades, a melhora das funções corporais e atividades cotidianas, o contato-comunicação, a relação com o outro, a expressão e percepção de potencialidades, a aprendizagem sobre a melhor forma de lidar com as limitações, a conscientização de ações na

prática, a retomada de papéis sociais e a diminuição de preconceitos em relação às pessoas excluídas.

Nas citações em que a contribuição da Terapia Ocupacional está nos instrumentos utilizados elencamos 11/43 respostas. Os instrumentos foram divididos em características (diretrizes, princípios), formas de atendimento (locais ou tipos de atendimento) ou recursos (atividades).

Quando questionada sobre a contribuição da TO na atenção básica, a TO1 apresenta três características desse nível: integralidade, coordenação e centralização na família.

> Eu acho que tem que ser global. Tem que ver a criança como um todo e tem que ter um olhar para família (...) e poder fazer referências e contra referências reais. A minha grande coisa é não trabalhar no virtual (Entrevista TO1).

Foram citadas como características da atenção básica em saúde o atendimento a longo prazo, o acolhimento, a "porta-aberta", o trabalho em equipe e na ESF. O vínculo foi citado pelas TO como um aspecto valorizado pelos pacientes. Dentre as ações básicas de saúde realizadas pelas TO foram apresentadas: atender problemas escolares, estimular o desenvolvimento global de crianças e facilitar o acesso ao sistema de saúde de pessoas com dificuldades financeiras ou por barreiras arquitetônicas. No trabalho das cinco TO acompanhadas pudemos identificar as diretrizes mais valorizadas, apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Diretrizes valorizadas da atenção básica em saúde

TO1	TO2	TO3	TO4	TO5
- o trabalho global, com a família, com a realidade objetiva, acompanhamento longitudinal, atendimento de apoio, atendimento "porta aberta" e acolhimento.	- o trabalho com grupos, na comunidade, com prevenção e promoção.	- o trabalho para além da reabilitação clássica, com a comunidade e com os problemas desta (falta de vaga na creche, enchentes), junto com a ESF e com a família.	- o trabalho para desenvolver a participação social das pessoas em vulnerabilidade social, oferecer equipamentos de ajuda e realizar adaptações em casa ou nos instrumentos de trabalho.	- o trabalho com muitos aspectos da vida das pessoas, - organização do trabalho em equipe, - o trabalho com médicos mas com outro tipo de abordagem para além da medicação.

Em relação às formas de atendimento, o grupal foi o mais citados nos questionários e se mostrou significativo no trabalho das TO acompanhadas pela pesquisa.

A TO2 apresenta que a contribuição do TO está no trabalho grupal orientado à comunidade e na realização de ações de prevenção.

> A TO tem que trabalhar em grupo, pois atingimos bem mais pessoas, na comunidade, trabalho externo em creche... mas tem muita gente que não entende. E atender coisas básicas [não a longo prazo] que são questões de problemas escolares, estimulação global e precoce para evitar a chegar ter problemas escolares... Esse é um trabalho de UBS (Entrevista TO2).

Os recursos mais citados nos atendimentos em grupo foram atividades artesanais, corporais e brincadeiras.

As atividades corporais, as mais citadas nos questionários, foram utilizadas apenas pela TO2, TO3 e TO4. Quatro TO acompanhadas realizam grupos de brincadeiras. As atividades artesanais em grupo só estiveram presentes no trabalho da TO4 e TO5, embora tenham sido utilizadas pelas TO1 e TO2 em atendimentos individuais.

A TO4 destaca a especificidade da atuação da TO na condução e concepção de um grupo de artesanato às pessoas com deficiência, voltado para participação social.

> Aí a TO realmente tem uma especificidade muito grande (...). Conceber esse grupo passa por uma concepção de terapia ocupacional, uma concepção de reabilitação. Entender que tirar as pessoas de casa passa por compreender que eles são cidadãos e o cidadão não se realiza na esfera privada. Ele precisa viver na esfera pública. Então a gente entende que isso é um direito. E a participação é fim e meio. Para ele ser um ser participativo, ele só vai aprender participando (Entrevista TO4).

As TO acompanhadas apresentaram entendimentos, valores e conceitos associados à atividade, o elemento centralizador do processo terapêutico ocupacional, como apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Tipos de atividades valorizadas e suas funções

TO1	TO2	TO3	TO4	TO5
Atividade para: - estabelecer vínculo, - facilitar o entendimento de necessidades e dos comportamentos, - aprender conteúdo escolar, - organizar o cotidiano.	- atividades corporais, - atividades adaptadas (do mais fácil para o mais difícil), - atividades interessantes.	- o corpo é entendido como instrumento de transformação do modo de estar no mundo (para fazer e se relacionar), - TO amplia a possibilidade das pessoas fazerem de modo positivo, - o afeto é o principal instrumento de intervenção.	- principalmente as atividades em grupo para promoção da participação social.	- só com o fazer se aprende, - o fazer fala sobre a pessoa e o falar engana, - atividade é mais terapêutica com o terapeuta, - a TO trabalha com vários aspectos.

Embora apenas cinco das 43 respostas do questionário sobre a contribuição do TO esteja em atender uma diversidade de população (pessoas em sofrimento psíquico, com deficiência ou em vulnerabilidade social) ou trabalhar determinados aspectos (prevenção e/ou promoção), estes mostraram significativos no trabalho das cinco terapeutas acompanhadas, como observado no Quadro 4.

Quadro 4 - População atendida

TO1	TO2	TO3	TO4	TO5
- população em risco social - pessoas com deficiência: hemiplegia leve e acompanhamento longitudinal de casos graves de deficiência física	- população para prevenção de doenças e promoção da saúde, - crianças com pequeno atraso no desenvolvimento motor, da linguagem ou cognitivo.	- atender quem não seria atendido em instituições clássicas de reabilitação "porque nem sabem do direito que tem e de que as coisas podem mudar". - pessoa com deficiência ou em risco para aquisição de deficiência.	- trabalho com população de maior vulnerabilidade social, - pessoas com deficiência e em sofrimento psíquico.	- população com deficiência ou com risco para desenvolver incapacidades e população em sofrimento psíquico

Para a TO4, a contribuição da TO está em atender pessoas em maior situação de vulnerabilidade social.

> Eu acho que a contribuição da Terapia Ocupacional é muito grande para as pessoas. Talvez coubesse uma TO em cada posto... talvez ela faça parte do núcleo duro, não sei. Ela lida com pessoas em situação de maior vulnerabilidade na sua vida cotidiana que pode ser uma deficiência, que pode ser uma pessoa empobrecida, sem rede. Ou um acamado, um idoso. Pessoa que tem um impedimento. A Terapia Ocupacional surgiu historicamente para atender essa demanda (Entrevista TO4).

6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Descrição do trabalho das terapeutas ocupacionais

> Se por um lado os fatores sociais, econômicos e políticos, definem em grande medida a estrutura e organização dos serviços a partir de um lugar próprio referente aos aspectos da macropolítica, por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial são dados pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, mediante os quais ocorre efetivamente a produção à saúde (Franco e Merhy, 2004).

Segue-se um breve relato da inserção institucional e do trabalho desenvolvido pelas cinco profissionais participantes do estudo.

TO1

> O que eu tento, nem sempre consigo, é conquistar a criança para que ela interaja bem. Eu procuro me abrir, entende? Uma vez uma psiquiatra, (...) disse assim: "_Quando você joga a bola para os outros, você tem várias formas de receber... pode receber com um chute... mas que o melhor jeito é amortecer e fazer com que bola chegue ao coração. Segurar e receber de peito aberto". Mais ou menos eu procuro fazer isso (...) eu estou aqui para servir e fazer aquele trabalho naquele momento (Entrevista TO1).

A TO1 trabalha em uma UBS tradicional[*] e sua unidade é referência para uma supervisão de saúde e está cadastrada na SMS como Núcleo Integrado de Reabilitação I (NIR I). A TO1, porém, não citou a unidade como NIR e se referiu a este como uma tentativa de implantação.

A UBS está numa região central de São Paulo onde há pessoas em situação de rua e em moradias irregulares. O trabalho da TO1 se estruturou a partir da necessidade que se identificou na região: atender a população em vulnerabilidade social. A TO1 afirma que atende crianças de 5 a 12 anos, prioritariamente, em vulnerabilidade social, independentemente da área da abrangência da unidade.

Atender a população em vulnerabilidade social já foi uma diretriz de trabalho na unidade (com a elaboração de um livro, inclusive), mas, atualmente, há poucos profissionais envolvidos com a proposta. A TO1 afirma que continua realizando esse

[*] No começo do semestre de 2008 a unidade foi transformada em AMA, segundo comentário posterior da TO1 em conversa informal.

trabalho, pois tem o apoio da gerente da UBS. Esta, porém, foi substituída por outra na semana da realização da entrevista.

A população atendida parece ter sido delimitada a partir das escolhas da própria TO1 e pelas possibilidades que identifica no seu trabalho. A TO1 comentou que recebeu um convite para trabalhar em saúde mental com as psiquiatras da unidade, porém, como não há uma proposta integrada de trabalho, não gostaria de administrar a falta de vagas para atendimento com o psiquiatra ou de profissionais para responder as demandas. Também já foi convidada para atender adultos com deficiência física, mas justifica a impossibilidade por não haver sala e móveis adequados e materiais para confeccionar adaptações necessárias ao atendimento dessa população. Assim, tem atendido a população em vulnerabilidade social e realizado algumas orientações para as mães de crianças com deficiência.

No entanto, durante o estudo, identificamos um pequeno número de atendimentos a outras populações inicialmente não citadas pela TO1, como adolescentes[*] com deficiência física e/ou intelectual e/ou com questões psiquiátrico-emocionais e crianças com dificuldades escolares, que não se encontram em vulnerabilidade social. O atendimento a essa população parece estar relacionado ao agendamento na recepção de crianças que não encontram vagas na psicologia ou fonoaudiologia, ou por pedido pessoal de algum profissional da unidade, no caso dos adolescentes. Observamos também uma pequena parcela de atendimento de adultos em horários exclusivos, relacionados a acompanhamento de família das crianças atendidas pela TO1. Assim, a configuração final da população atendida se constitue

[*] Nesta pesquisa estamos considerando adolescente a população de 13 a 18 anos.

por pessoas em vulnerabilidade social, crianças com dificuldade de aprendizagem e com deficiência e suas famílias.

Durante a semana de observação do trabalho, acompanhamos trinta e um pacientes atendidos na sala de terapia ocupacional e treze atividades não agendadas, como remarcar consulta, atender à demanda espontânea e agendar/discutir atendimento com outro profissional de saúde ou educação.

Uma característica do trabalho da TO1 é a dinâmica denominada por ela de "Porta Aberta", em que atende todas as pessoas que a procuram mesmo durante os atendimentos agendados. Outra característica foi a interrupção dos atendimentos para marcar consultas na recepção ou telefonar para outros profissionais da saúde ou educação. A TO1 justifica essa dinâmica a partir de quatro motivações: marcar e entrar em contato direto com profissionais para encaminhar e entender o problema da criança; não perder a continuidade do atendimento, pois a organização da unidade não facilita a marcação de consulta, e oportunizar a consulta, que seria um facilitador para o retorno da criança ao atendimento.

Durante os atendimentos, observa-se uma preocupação da TO1 com as relações interpessoais, principalmente com professores e com familiares, e a realização de atividades cotidianas.

TO2

> Eu acabo falando do grupo porque eu acho que são... você vê o seu trabalho conseguir mexer com mais pessoas. O trabalho individual fica mais minguado e o grupo fica mais forte (Entrevista TO2).

A TO2 trabalha numa UBS tradicional como referência para um distrito de saúde com apenas uma unidade de saúde. A TO2 afirma que se mantém nessa unidade pela mobilização comunitária, pois sempre há tentativas da SMS em transferi-la para ambulatórios.

Durante a semana da observação de seu trabalho, estavam programados atendimentos a oito grupos: cinco na UBS (grupo de triagem, de ginástica laboral, de mães, de estimulação e a brinquedoteca) e três na comunidade (grupo da terceira idade na igreja, da terceira idade no balneário e de *Tai Chi Pai Lin* na igreja). No entanto, três dos grupos citados foram cancelados (o de mães, de estimulação e da brinquedoteca). O grupo de mães foi cancelado porque a fonoaudióloga, co-terapeuta, participava de uma reunião da categoria profissional na Prefeitura; o grupo de estimulação porque está em processo de reavaliação e o grupo da brinquedoteca porque a sala foi dedetizada recentemente e os brinquedos necessitavam de limpeza. Seis entre oito grupos são coordenados pela TO e fonoaudióloga, a saber, os três da terceira idade, o de mães, o de triagem e o da creche.

Estavam agendados oito atendimentos individuais, sendo que quatro pacientes faltaram. Dos quatro pacientes presentes, três eram crianças, duas com dificuldade de aprendizagem e uma com ADNPM. O adulto apresentava paralisia facial. Os pacientes que faltaram apresentam os seguintes diagnósticos: hemiparesia leve, deficiência intelectual associada com deficiência visual leve, deficiência auditiva. No caso de um paciente não foi possível localizar a informação.

Das atividades não-agendadas acompanhamos o preenchimento de planilha de dados, o telefonema para paciente que faltou, a limpeza de materiais da brinquedoteca, o preparo do material a ser utilizado no trabalho com as professoras da creche, a elaboração do relato por escrito das atividades desenvolvidas (por profissionais não tradicionais da UBS) solicitada pela supervisão técnica de saúde.

Atualmente, a TO trabalha, principalmente, com a população da terceira idade, de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e de crianças

com dificuldade de aprendizagem escolar. A triagem acontece uma vez por semana em grupo com os pais e com as crianças encaminhadas, principalmente, das escolas e creches. Segundo a TO, outros casos de crianças ou adultos podem ser agendados diretamente com ela, mas que esses casos são raros. Quando detecta alguma criança com dificuldade na brinquedoteca ou algum idoso no grupo da terceira idade, há a possibilidade de agendamento individual.

A organização do trabalho da TO2 apresenta três características marcantes. A primeira é o grande número de grupos realizados (cinco grupos observados e três cancelados na semana da observação) e muitos destes na comunidade (três grupo com a terceira idade e um na creche). A segunda é a proximidade com outra profissional da unidade na condução dos grupos e do trabalho em geral. A terceira é a reestruturação constante das propostas, que parece estar relacionada à disponibilidade de cada profissional, às diferentes visões do gerente da UBS em relação à forma de desenvolver o trabalho e à falta de pacientes aos atendimentos agendados.

A TO2 percebe uma desvalorização do seu trabalho por parte da gerente que solicitou que fossem extintos muitos dos grupos externos desenvolvidos na escola, na creche e com a terceira idade. Apesar da pressão institucional, o grupo da terceira idade foi mantido por poder da própria comunidade, pois muitos dos integrantes participam do Conselho Gestor e se mobilizaram para manutenção do trabalho. Outros profissionais da unidade também não reconhecem as atividades externas realizadas pela TO e fonoaudióloga como importantes, pois quando estas retornam à unidade há brincadeiras associando o trabalho externo a “passeio”.

Se por um lado não há uma proposta institucional, nem valorização do trabalho da TO e nem a articulação com os trabalhos dos outros profissionais, por outro, há uma cobrança constante em relação à produtividade do trabalho que realiza. Indicativo disso é a solicitação constante de relatórios de atividades desenvolvidas, observada também durante a pesquisa, e o controle das atividades por meio de cobranças e discussões sobre a estatística.

As várias propostas de trabalho se extinguem também devido à falta de pacientes para desenvolvê-las. A desarticulação entre os trabalhos dos profissionais da unidade dificulta os encaminhamentos para a TO e esta se sente aliviada por ter os grupos para atender e os encaminhamentos da fonoaudióloga para atendimentos individuais. O pequeno número de atendimentos às pessoas com deficiência está relacionado às dificuldades desta população em freqüentar os atendimentos, segundo a TO2, e o papel que o profissional deve desempenhar numa UBS: trabalhar mais com prevenção de doenças, promoção de saúde; e atender casos leves, no início da lesão, sem outras deficiências associadas possibilitando alta a curto e a médio prazo.

TO3

> Aquela história do afeto. Que eu, não sei por que... enfim, coisa de recém formada, que acha que tudo tem que ter técnicas, tem que ter instrumentos, tem que ter equipamentos. E eu achava um pouco que isso era papo de quem não sabia fazer, sabe? Gente que valoriza muito a relação, o afeto é porque estava usando isso pra fugir, porque você não era capaz. Mas aí eu fui e estudei. [...] Mas aí no PSF eu aprendi que esses são só instrumentos, que eles são importantes, que tem que ter, porque senão se faz burrada também. Mas que isso não resolve. [...] E aí eu vejo que isso vai acontecendo, um monte de formiguinha. Acho que é por isso que às vezes é difícil as pessoas valorizarem e entenderem aquilo que a gente faz. Porque você tem que estar lá, você tem que estar dispostos a dar valor pra isso [ao afeto]. E você sabe que na nossa sociedade isso não é o mais importante (Entrevista TO3).

A TO3 trabalha juntamente com um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo como referência em reabilitação para dezesseis Equipes Saúde da Família (ESF) em quatro

unidades de saúde. A organização do trabalho da TO3 é, em parte, resultado de um projeto de reabilitação e de saúde mental específico para a região. A TO se refere ao projeto com muita propriedade, apresentando-o por escrito inclusive, o que favorece descrição do seu processo de trabalho tanto organizacional quanto assistencial. A possibilidade de certa autonomia nesta organização e a presença de uma coordenadora do projeto foram elementos destacados como instrumentos para melhor atingir as finalidades do trabalho.

Cada dia da semana a TO está, predominantemente, em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Seu trabalho é composto por atividades de assistência direta e outras atividades agendadas e não agendadas. As atividades de assistência direta foram observadas em atendimentos individuais e em grupos. Os atendimentos individuais se apresentam em três tipos essenciais: avaliação, intervenção e acompanhamento em três locais diferentes: UBS, em VD e creche. Esses diferentes tipos e locais de atendimento mostraram-se como instrumentos organizacionais para garantir as diretrizes da atenção básica em saúde.

O grande número de avaliações (catorze entre dezoito) indica um fluxo grande de primeiros atendimentos possibilitando intervenção precoce e encaminhamentos para o sistema de saúde. Os atendimentos de acompanhamento - a TO reavalia o paciente periodicamente, de 6 em 6 meses, ao longo de sua vida - mostram a busca pela responsabilização da TO3 pelas pessoas com deficiência do território e um trabalho longitudinal.

Das trinta e oito atividades elencadas observamos seis intercorrências como faltas (2) ou chegar atrasado (1), não encontrar pacientes em VD (1) e atender/acolher um paciente ou familiar não agendado (2). Essa última intercorrência

demonstra uma abertura para atendimento “porta aberta” ou acolhimento.

Observamos atividades de assistência direta também em grupos de atividade corporal (2) e de atividade lúdica (2). Esses grupos acontecem em diferentes locais como UBS (1), casa comunitária (2) ou igreja (1). Os grupos de atividade corporal são abertos e um deles conta com apoio de um auxiliar de enfermagem e o outro, de um ACS. O grupo de atividade lúdica é aberto em uma das unidades e fechado em outra pela grande demanda. Uma característica desse grupo é o trabalho realizado em equipe de reabilitação, de saúde mental e de saúde da família. A atividade lúdica é acompanhada pela TO e por um integrante da ESF. Em paralelo, acontece o grupo de pais coordenado por psicóloga e TO da equipe de saúde mental. Depois dos grupos, há uma reunião entre as equipes para discutir e trocar observações. O formato organizacional dessa proposta possibilita um trabalho em equipe mais integrado. O papel de membros da equipe da ESF nas observações dos grupos é de um profissional de apoio, articulador e incentivador. Na percepção da TO3, eles poderiam coordenar, pelo menos, o grupo de atividade corporal.

Outras atividades que fazem parte da agenda da TO3 foram observadas como supervisão de estágio, reunião com uma ESF, reunião geral da unidade, reunião entre os coordenadores do grupo de atividade lúdica e o grupo de pais e reunião da Equipe Saúde do Deficiente (ESD).

A reunião com ESF mostra-se um instrumento fundamental para um trabalho em equipe. Tanto no processo de delimitar melhor o objeto de trabalho por meio da descrição do caso pelos membros da ESF como para definir intervenções mais compartilhadas. Outra possibilidade que a reunião com ESF proporciona é a operacionalização do trabalho. É durante esta reunião que são agendadas VD com

ACS e/ou enfermeira, são tratados e encaminhados os casos que necessitam de atendimento em reabilitação e/ou da equipe de saúde mental.

A reunião da ESD, composta por três equipes de reabilitação (cada equipe com fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional), mostrou-se um instrumento importante que modela o trabalho tanto por questões da própria equipe como externas. Nesta reunião, são encaminhadas e discutidas orientações ou questões de nível central. As questões discutidas causaram desgaste na equipe, pois esta considera que muitos profissionais de nível central não conhecem, não apóiam, e mesmo assim querem orientar o trabalho. Há um controle do processo de trabalho através de mapas de produção complexos, rigidez nos horários de trabalho, nas faltas e na regularidade em assinar o ponto nas diferentes unidades. A equipe também organizou e discutiu atividades na comunidade (semana do idoso, participação em reuniões do conselho tutelar, trabalho nas escolas) e o uso das salas pelos diferentes profissionais das unidades.

As atividades não-agendadas mostraram-se essenciais para o fluxo do processo de trabalho: discussão de casos ou de ações de organização/controle do trabalho com médicos e ACS, atividades de apoio como recados de agendamento de VD, encaminhamentos para médico/enfermeiro e atividades administrativas como preencher planilha de atendimentos realizados.

TO4

> Quando eu cheguei nesta unidade, eu já tinha passado por uma situação muito ruim, (...) então eu vim com um propósito de criar um trabalho tão enraizado que ninguém iria arrancar. Eu vim muito com a idéia de [uma filósofa] "o enraizamento é a necessidade mais importante do ser humano. A gente é o que é pelos tesouros que a gente teve no passado". Quando eu fazia festa sentia que estava enraizando as pessoas, juntando as pessoas em torno do coletivo significativo. Eu queria ficar a vida inteira. Talvez a minha raiz seja uma raiz aérea. Eu decidi, quero alguma coisa que dure. Calco aqui e ninguém vai me tirar (Entrevista TO4).

A TO4 trabalha numa UBS com ESF, onde há seis equipes, com uma proposta específica de Reabilitação para a unidade, envolvendo a parceria com uma universidade. A unidade conta ainda com psicólogo, assistente social, entre outros profissionais e estudantes de medicina, enfermagem e terapia ocupacional.

Durante a semana de observação acompanhamos dez atividades em grupos, três reuniões e duas visitas domiciliares para avaliação.

Os grupos de atividade corporal acontecem quatro vezes na semana, três vezes na UBS e uma no salão de uma igreja. As motivações para criar esses grupos foram a quantidade de pessoas com dores e limitações funcionais, o pressuposto que um trabalho de TO envolve o corpo e a falta de materiais para criar outros grupos, num primeiro momento, como o de atividades manuais. Os objetivos desses grupos são melhorar a consciência corporal e a socialização e o prazer essa atividade. Têm como resultados na vida das pessoas uma maior disponibilidade para fazer atividades, alegria e autocuidado. Para a TO4, esse grupo é ainda um recurso para a realização de outras atividades na unidade como festas. Acompanhamos três grupos, que chamamos de artesanato, que envolvem a realização de atividades manuais e pessoas com deficiências. Cada grupo tem suas especificidades, mas, em sua essência, surgem da constatação que muitas pessoas com deficiência têm rede social frágil e precisam de um cuidado em saúde. Os objetivos desses grupos são ampliar rede social, aprender a fazer artesanato e, a longo prazo, gerar renda. A circulação de pessoas com deficiência pelo bairro e pela UBS nos dias dos grupos é um instrumento do trabalho para mudar a percepção da comunidade em relação àquela população. Um dos grupos é realizado em uma “associação” para garantir acesso de pessoas com dificuldade para chegar até a UBS.

O grupo de brincadeiras acontece três vezes por mês no salão de uma igreja e uma vez na "associação". Essa atividade surgiu da necessidade de atendimento de uma criança e se ampliou como resposta para um problema coletivo, crianças em vulnerabilidade social e pessoal. O objetivo desse grupo é oferecer oportunidade de diferentes tipos de brincadeiras como as tradicionais, com brinquedos industrializados e também com os fabricados pelas próprias crianças e incentivar relações interpessoais mais pacíficas. Crianças com deficiência também participam desse grupo, que tem seu papel social valorizado por essa participação.

O grupo de terapia comunitária surgiu a partir da capacitação da TO4 para coordenar essa atividade. O objetivo do grupo é ampliar a rede social, aprender a debater temas sobre a vida, partilhar experiências e acolher o sofrimento das pessoas.

O grupo de teatro com funcionários surgiu a partir de um curso realizado pela TO4. Seu objetivo é melhorar a saúde mental dos funcionários e reverter a atividade para a comunidade com educação em saúde. O grupo, porém, foi extinto, pois a terapeuta percebeu que a motivação maior era apenas dela.

As três reuniões observadas têm diferentes propósitos. A primeira envolve os profissionais da unidade para discutir e decidir a organização do trabalho e informar sobre cursos e eventos. É um momento onde a gerência é compartilhada entre os profissionais da unidade. A segunda acontece com o objetivo de integrar os serviços da região a partir de encontros mensais com os representantes destas instituições. A cada mês o encontro é realizado em uma instituição diferente para que os representantes possam conhecer cada serviço. A terceira reunião foi realizada com a supervisão de saúde da região onde a TO4 foi representar a gerência da unidade. Essa

representação está relacionada com o entendimento que a função de gerência pode ser compartilhada entre os membros da equipe.

As duas visitas domiciliares foram para avaliar casos novos. O primeiro caso foi de uma mulher e sua filha, acamada, que mudaram recentemente para região. A TO4 avaliou que a paciente estava sendo bem cuidada, mas quem precisava de atendimento era a mãe por estar sobrecarregada com as tarefas em casa. Encaminhou a mãe para o grupo de artesanato e para a terapia comunitária. No segundo caso, a paciente teve um acidente vascular encefálico. A TO4 avaliou que ela tinha uma boa funcionalidade nas atividades domésticas, mas pequena participação social. Encaminhou a paciente para participar da terapia comunitária e do grupo de artesanato.

As principais características do trabalho da TO4 é que esta realiza muitos atendimentos grupais e atividades externas (como reuniões, grupos na associação de bairro e na igreja), integra seu trabalho com o das ESF, busca envolver a comunidade, e se responsabiliza pelas pessoas com deficiência do território.

TO5

> Porque a pessoa é o que ela faz. Então se ela faz tudo mal feito ou não faz, porque também é uma forma da fazer, ela está mostrando que ela é aquilo. Apesar de muitas vezes pensar que ela faz, chega lá com um discurso para se enganar e enganar você. Não é enganar porque ela quer. Inconscientemente a pessoa não se conhece. Então através da atividade dá pra trabalhar, porque aí não tem como a pessoa te enganar (Entrevista TO5).

A TO5 trabalha numa UBS tradicional que, segundo ela, deveria ser referência em saúde mental e em fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional para outras duas UBS. Entretanto, como não há um fluxo estabelecido, os pacientes dos outros locais acabam não acessando a unidade e a terapeuta atende pacientes encaminhados pelos próprios profissionais internos à UBS.

Essa terapeuta inclui suas ações no serviço de saúde mental, mas não no serviço de reabilitação, apenas faz referência às especialidades de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. A idéia que há um serviço de saúde mental pode estar relacionada com o fato de a unidade já ter sido um CAPS e contar com algumas referências sobre como deve ser o trabalho da equipe e de ser cobrada por supervisores da área por esse trabalho. A atividade de reabilitação já parece carecer de diretrizes de trabalho em equipe e não há na região uma pessoa que supervisione o seu desenvolvimento.

O trabalho da TO5 se estruturou a partir das atividades que outra terapeuta já desenvolvia na unidade e de referências de trabalhos com pessoas com deficiência no território que vivenciou.

Além dos profissionais tradicionais de UBS, a unidade conta com fisioterapeuta, fonoaudióloga, duas assistentes sociais, duas psicólogas e outra terapeuta ocupacional. Atualmente, segundo a TO5, a atenção à população em sofrimento psíquico está dificultada pela falta de um psiquiatra para reavaliar a medicação, o que implica em limitações para o trabalho da equipe. A unidade também funciona como CAPS infantil. Esse serviço tem um único profissional de referência que vem à unidade atender alguns casos, mas sem uma interlocução com o trabalho da unidade. A unidade também é referência para um trabalho com adolescentes onde participa outra TO, uma psicóloga, uma assitente social e uma hebiatra, médica especialista em adolescentes. Há uma brinquedoteca, que foi implantada na unidade e durante muito tempo foi um serviço à parte da UBS, sendo mantido por estagiários supervisionados por profissionais do CECCO. A falta de articulação entre a brinquedoteca e a UBS criou dificuldades para responder às

demandas levantadas durante a participação das crianças. Os profissionais do CECCO iniciaram um processo de discussão e supervisão do trabalho para maior participação dos profissionais da UBS e das pessoas da comunidade. Esses últimos serão capacitados para que possa manter o funcionamento da brinquedoteca.

Acompanhamos durante a semana de observação do trabalho da TO5, 16 atendimentos individuais, 11 faltas (totalizando 26 pacientes agendados), um grupo de mulheres, duas reuniões e um passeio com dois pacientes. Atualmente, na época de realização da entrevista, a terapeuta tem participado semanalmente como brinquedista no espaço da brinquedoteca existente na unidade. A população atendida individualmente (total de 16 pacientes observados) foi de bebês (2), crianças (9), adolescentes (2) e adultos (3). Os pacientes em atendimento individual apresentaram síndromes, deficiência intelectual, dificuldade de aprendizagem, deficiências físicas, ADNPM e sofrimento psíquico.

O grupo de mulheres teve seis participantes e duas que faltaram. Essas mulheres apresentam sofrimento (3) ou transtorno psíquico (1), deficiência intelectual (1), deficiência física (1) e mães de crianças em atendimento que têm dificuldade em lidar com o filho (2).

Uma das reuniões observadas foi a de equipe que acontece semanalmente. Segundo a TO, alguns profissionais não participam porque priorizam o atendimento ao paciente no horário de reunião. As discussões da equipe acompanhadas pela pesquisadora giraram em torno de estratégias para conseguir um psiquiatra de referência para unidade; da necessidade de se estabelecer um fluxo na unidade no atendimento às crianças, incluindo as da brinquedoteca, da discussão do papel da brinquedoteca na unidade, da necessidade de mostrar o trabalho desenvolvido,

principalmente para os supervisores da região. A outra reunião foi com a Assistente Social no horário reservado para “Cadastro dos Deficientes”. Duas pessoas haviam sido agendadas, mas nenhuma compareceu. Nesse horário, as profissionais trocaram informações sobre atividades que estariam acontecendo na região naquela semana, discutiram dois casos e buscaram alternativas de trabalho para uma das pessoas com deficiência que, recentemente, tentou suicídio.

Para a TO5, um dos limites para desenvolver um serviço de reabilitação é a incompatibilidade entre os profissionais sobre como o trabalho deve ser desenvolvido e a sua própria falta de conhecimento sobre o que faz um terapeuta ocupacional e, especificamente, numa UBS. Outros determinantes são apontados como limitadores de um trabalho mais amplo e articulado como:

- a forma de trabalho na Prefeitura permite que cada profissional desenvolva atividades sem compromisso com a qualidade de vida da população,
- o espaço físico da unidade não permite agregar as pessoas,
- os diferentes valores dos profissionais sobre as atividades a serem desenvolvidas não facilitam o trabalho integrado,
- a falta de diretrizes para o trabalho e de como viabilizá-las na UBS para que a equipe tenha os mesmos objetivos, e
- a forma em que estão estruturados os serviços na unidade não se volta para ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Caracterização do processo de trabalho

Na Tabela 13, apresentamos as principais características organizacionais das UBS onde estão as TO que foram acompanhados nesta pesquisa.

Tabela 13 - Principais características das unidades básicas de saúde

TO	Tipo de Unidade e população adscrita	N° total de profissionais da unidade e tipos de especialidades não tradicionais de UBS
TO1	UBS tradicional (cerca de 62.500 habitantes) + Núcleo Integrado de Reabilitação (cerca de 325.000 habitantes)	- total: 160 - 1TO, 4 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogos, 2 nutricionistas.
TO2	UBS tradicional (cerca de 42.000 habitantes)	- total: 55 - 1TO, 2 assistentes sociais, 1fonoaudiólogo, 1educador de saúde pública, 1 pedagogo especialista em deficiência intelectual.
TO3	4 UBS com ESF + Proposta de Reabilitação: o TO trabalha como referência para algumas equipes da ESF de cada UBS (16 equipes ESF: cerca de 40.000* habitantes)	- total: 131 (considerando 16 equipes da ESF x 8 profissionais + 3 profissionais da ESD + 3 profissionais da ESM, exceto administrativos) - 1TO, 1fisioterapeuta e 1 fonoaudiólogo, para 16 ESF.
TO4	UBS com ESF (6 equipes ESF: cerca de 15.000* habitantes) + Proposta de Reabilitação: o TO trabalha como referência para todas as equipes da UBS	- total: 84 - 2 assistentes sociais, 1 psicólogo e 1 TO.
TO5	UBS tradicional (cerca de 97.000 habitantes no distrito com 4UBS)	- total: 55 - 2 assistentes sociais, 2 TO, 3 psicólogos, 2 fonoaudiólogos (sendo que uma trabalha na administração) e 1 fisioterapeuta.

FONTE: Datasus (2009b) e São Paulo (2007b).
LEGENDA: TO – Terapeuta Ocupacional, UBS – Unidade Básica de Saúde, ESF – Estratégia Saúde da Família, ESD – Equipe Saúde do Deficiente, ESM – Equipe de Saúde Mental.

As TO2 e TO5 estão em UBS tradicionais com mesmo número de profissionais, mas possuem áreas de abrangência bem diferentes. A TO2 é referência para cerca de 42.000 habitantes, em uma região que só tem uma UBS. A TO5 é referência para cerca de 97.000 habitantes no distrito de saúde que abrangem uma região com quatro UBS. A TO1 também está em uma UBS tradicional, porém com

* Os dados são aproximados. Consideramos que cada ESF é responsável por cerca de 2.500 pessoas.

mais do que o triplo de profissionais em relação às outras e seu serviço funciona como um núcleo integrado de reabilitação de referência para uma supervisão técnica de saúde, o que corresponde a cerca de 325.000 habitantes. As TO3 e TO4 estão em UBS com ESF, mas a primeira é referência para 16 ESF de referência para aproximadamente 40.000 habitantes em quatro UBS, e a TO4, para seis equipes da ESF de referência para cerca de 15.000 habitantes em uma UBS.

As principais características organizacionais do trabalho de cada terapeuta e as determinações destas deste podem ser visualizadas na Tabela 14.

Tabela 14 - Principais características e determinações do trabalho das terapeutas ocupacionais

TO	Características organizacionais	Determinações para o trabalho
TO1	- dinâmica "porta aberta", - articulação de rede social de apoio para as pessoas atendidas, - foco de intervenção na escola, na família e nas atividades cotidianas.	- experiência anterior em trabalho de acompanhamento de população em risco social na UBS. - pouca articulação com a equipe.
TO2	- atividades em prevenção de doenças e promoção da saúde, - ênfase em atividades em grupo externas à UBS, - ênfase na articulação do trabalho com outro profissional de reabilitação.	- dificuldade de articulação do trabalho em equipe, - diretriz da gerência para priorizar atendimentos na UBS, - apoio da população da 3º. Idade, - formação profissional da TO para desenvolvimento de abordagem com atividades corporais.
TO3	- articulação do trabalho entre equipe de reabilitação e ESF, - responsabilização das equipes pelas pessoas com deficiência do território.	- diretrizes assistenciais estruturadas de atuação em reabilitação na atenção básica, - trabalho sistemático entre ESF e ESD.
TO4	- ênfase no atendimento grupal, - ênfase na realização de atividades externas, - responsabilização da TO pelas pessoas com deficiência do território.	- parceria com a universidade para um trabalho estruturado de reabilitação, - participação de estudantes de terapia ocupacional no desenvolvimento do trabalho.
TO5	- trabalho centrado no atendimento em saúde mental e em reabilitação, - ênfase na participação da comunidade.	- continuidade de um trabalho em terapia ocupacional desenvolvido anteriormente, - formação e experiência em determinada abordagem teórica, - experiência profissional anterior em reabilitação no território.

A formação e percurso profissional influenciam as propostas de trabalho de cada terapeuta. As TO1, TO4 e TO5 afirmaram que desenvolveram uma proposta de trabalho a partir de experiências estruturadas já vivenciadas anteriormente. A TO1 tem como referência um trabalho de atenção às pessoas em vulnerabilidade social do qual participou em sua unidade, a TO4 desenvolve muitas atividades em grupo pela formação específica nesse tipo de abordagem, assim como as atividades de atividade corporal e de terapia comunitária. A TO5 desenvolveu seu trabalho a partir das atividades que outra TO já realizava na UBS, como o grupo de mulheres, da experiência em outra unidade no atendimento às pessoas com deficiência no território e de determinada abordagem teórica que vivencia atualmente.

A TO3 já teve experiências de trabalho em grandes instituições de reabilitação.

Para a TO2 as principais determinações para a organização do seu trabalho estão nas discussões com a fonoaudióloga e no entendimento da gerência que o trabalho deve ser desenvolvido na UBS, o que levou a extinção de muitas atividades externas. Apenas por intervenção da comunidade, por meio do conselho gestor, alguns projetos na comunidade se mantêm.

As TO3 e TO4 têm propostas de trabalho em reabilitação mais estruturadas em relação às outras TO e realizam uma articulação maior com os outros profissionais da unidade, principalmente por trabalharem com as equipes da ESF.

As principais atividades desenvolvidas pelas cinco TO participantes do estudo e as principais populações atendidas durante a semana da observação estão apresentadas na Tabela 15.

Tabela 15 - Atividades desenvolvidas e populações atendidas na semana de observação

TO	Atividades	Tipos de grupos	Populações atendidas
TO1	- 31 atendimentos individuais.	- atendimentos individuais simultâneos com até 4 crianças.	- crianças com dificuldade de aprendizagem por risco social ou por deficiência física e/ou intelectual.
TO2	- 4 atendimentos individuais, e - 6 atendimentos em grupos (4 externos à UBS).	- grupo de estimulação precoce, - grupo de ginástica laboral (funcionários), - 3 grupos de atividades corporais, - grupo da creche, e - grupo de brincadeiras	- população em geral (principalmente mulheres e idosos nas atividades corporais, e crianças nos grupos de brincadeira), - crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, - profissionais da unidade de saúde ou de educação.
TO3	- 28 atendimentos individuais (14 em VD e 1 externo à UBS), - 4 atendimentos em grupos (2 externos à UBS), - 4 reuniões (1 externa à UBS).	- 2 grupos de brincadeiras, - 2 grupos de atividades corporais.	- população em geral (principalmente mulheres e idosos nas atividades corporais, e crianças nos grupos de brincadeira), - bebês com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, - pessoas com deficiência física e/ou intelectual.
TO4	- 2 atendimentos individuais (em VD), - 10 atendimentos em grupos (3 externos à UBS), - 3 reuniões (1 externa à UBS).	- 3 grupos de artesanatos, - grupo de brincadeira, - grupo de terapia comunitária, - grupo de teatro (funcionários), - 4 grupos de atividades corporais.	- população em geral (principalmente mulheres e idosos nas atividades corporais, e crianças nos grupos de brincadeira), - pessoas com deficiência física e/ou intelectual, - pessoas em sofrimento mental, - profissionais da unidade.
TO5	- 15 atendimentos individuais (2 externos à UBS), - 3 atendimentos em grupo, - 2 reuniões.	- grupo de artesanato (mulheres), - grupo de brincadeiras, - grupo para cadastrar pessoas com deficiência.	- crianças em geral (no grupo de brincadeiras), - pessoas em sofrimento mental , e - pessoas com deficiência física e/ou intelectual.

LEGENDA: VD – Visita Domiciliar.

Quatro TO realizam atendimentos em grupo sendo que todas utilizam como recursos as brincadeiras, e três TO, as atividades corporais e duas as atividades artesanais. Atualmente a TO1 não realiza atendimento em grupo, mas já trabalhou com grupos de hemiplegia leve, atividades educativas na comunidade, nas escolas e creches. Para a TO2 e TO4 o grupo é o principal recurso de atendimento.

Os principais objetos de avaliação [OA] e/ou intervenção [OI] nos grupos podem ser visualizados na Tabela 16.

Tabela 16 - Principais objetos de intervenção nos grupos

Objetos de intervenção		**TO1**	**TO2**	**TO3**	**TO4**	**TO5**	**Total**
		0gp	**6gp**	**4gp**	**10gp**	**3gp**	**19 gp**
Funcionalidade e Incapacidade: FUNÇOES E ESTRUTURAS	Funções sensoriais, da dor e neuro-musculares	-	Grupos de atividade corporal	Grupos de atividade corporal	Grupos de atividade corporal	-	3 TO
Funcionalidade e Incapacidade: ATIVIDADE E PARTICIPA-ÇÃO	Áreas principais da vida	-	Grupo de brincadeiras	Grupo de brincadeiras	Grupo de brincadeiras	Grupo de brincadeiras	4 TO
	Vida Comunitária	-	Grupos de atividade corporal	Grupos de atividade corporal	- Grupos de artesanato - Grupos de atividade corporal	Grupo de artesanato	4 TO
	Aprendizagem	-	- Grupo de estimulação - Grupo de leitura/escrita	-	Grupos de artesanato	Grupo de brincadeiras	3 TO
Fatores Contextuais: FATORES AMBIENTAIS	Apoio e relacionamento	-	(professores) Grupo na creche	(familiares) Grupo de brincadeiras	(social) Grupos de artesanato	(familiares) Grupo de artesanato	4 TO
	Serviços, Sistemas e Políticas	-	Grupo na creche	-	-	-	1 TO
Fatores Contextuais: PESSOAIS	Atitude e comportamento	-	- Grupo de triagem - Grupo de pais	Grupo de brincadeiras	-	- Grupo de artesanato - Grupo de brincadeiras	3 TO
	Medo, vergonha, tristeza...	-	-	-	Terapia comunitária	-	1 TO

LEGENDA: gp – número de grupos realizados (ou previstos) na semana da observação.

Os grupos de brincadeiras (TO2, TO3, TO4, TO5) vêm responder à necessidade de propiciar lazer para crianças que não tem espaço, brinquedos ou referências de relacionamentos interpessoais positivos. As profissionais referem que esses grupos não precisariam ser conduzidos por um TO, mas que este enriquece a atividade.

Os grupos de atividades corporais vêm responder à necessidade de socialização, queixas de dores e limitações funcionais, principalmente, em mulheres. O objetivo explícito do trabalho para as TO3 e TO4 é a participação social e para a

TO2 é a diminuição da dor e prevenção de limitações. O aumento da participação social, para a TO2 é conseqüência do trabalho desenvolvido. Para as TO3 e TO4, outros produtos desenvolvidos são a consciência e o prazer com a atividade corporal, e o autocuidado.

Os grupos de artesanato (TO4 e TO5) para pessoas com deficiência ou em sofrimento psíquico vêm responder a necessidade de participação social dessa população além de trocas de experiência e desenvolvimento de habilidades manuais e cognitivas. Para a TO5, o principal objetivo do grupo é proporcionar situações em que as pessoas participantes possam se deparar com atitudes e conhecer a si mesmos. Para a TO4, o principal objetivo (e meio) é a participação social.

Os grupos de pais (TO2, TO3) e a terapia comunitária (TO4) vêm responder à necessidade de os familiares serem apoiados no cuidado para com suas crianças e de dividirem suas angústias.

Para a TO1 os seus principais [OI] nos atendimento individuais são a aprendizagem, a família e as instituições. Para a TO2, o seu principal [OI] é a aprendizagem. Para a TO3, a família. Para a TO5, a atitude e comportamento do paciente e do familiar. Para a TO4 não foi possível identificar o principal [OI], pois os dois atendimentos individuais acompanhados foram de avaliação. Os objetos de intervenção [OI] nos atendimentos individuais foram bem variados, como observado na Tabela 17, apresentada na próxima página.

Tabela 17 - Objetos de avaliação e de intervenção nos atendimentos individuais

OBJETO DE AVALIAÇÃO [OA] OBJETO DE INTERVENÇÃO [OI]		Total de pacientes atendidos na semana de observação (p)					
		TO1	**TO2**	**TO3**	**TO4**	**TO5**	**TOTAL**
		31p	**4 p**	**28 p**	**2 p**	**15p**	**80 p**
Funcionalidade e Incapacidade: FUNÇOES E ESTRUTURAS	Funções mentais	2-OI -	- -	- -	- -	- -	2-OI -
	Funções sensoriais e da dor	3-OI -	- -	1-OI 4-OA	- 1-OA	1-OI -	5-OI 5-OA
	Funções Neuromusculares	2-OI -	1-OI -	4-OI 3-OA	- 1-OA	5-OI -	12-OI 4-OA
	Outros: sinais/sintomas	- -	- 1-OA	1-OI 10-OA	- -	- -	1-OI 11-OA
Funcionalidade e Incapacidade: ATIVIDADE E PARTICIPA-ÇÃO	Rotina	5-OI -	- -	3-OI -	- 1-OA	- -	8-OI 1-OA
	Cuidado pessoal e vida doméstica	6-OI -	- -	2-OI 5-OA	1-OI 2-OA	1-OI -	10-OI 7-OA
	Relações Interpessoais	5-OI -	- 1-OA	1-OI 5-OA	1-OI 1-OA	1-OI -	8-OI 7-OA
	Áreas principais da vida	10-OI -	- 1-OA	2-OI 4-OA	- 2-OA	5-OI -	17-OI 7-OA
	Mobilidade	- -	- -	3-OI -	- -	- -	3-OI -
	Vida Comunitária	- -	- -	2-OI -	- 2-OA	-	2-OI 2-OA
	Aprendizagem	17-OI 1-OA	3-OI -	1-OI -	- -	9-OI -	30-OI 1-OA
	Comunicação	2-OI -	- -	1-OI -	- 1-OA	- -	3-OI 1-OA
Fatores Contextuais: FATORES AMBIENTAIS	**PRODUTO E TECNOLOGIA**	- -	- -	4-OI -	- -	- -	4-OI -
	- cadeira de rodas/adaptação	1-OI -	- -	5-OI 3-OA	- -	1-OI -	7-OI 3-OA
	- medicação (avaliar)	1-OI -	- -	- 3-OA	- 2-OA	- -	1-OI 5-OA
	- alimentação	1-OI -	- -	1-OI 4-OA	- 1-OA	2-OI -	4-OI 5-OA
	AMBIENTE NATURAL	- -	- -	1-OI -	- -	- -	1-OI -
	APOIO E RELACIONAMENTO	3OI -	- 2-OA	- 6-OA	- 2OA	1-OI -	4-OI 10-OA
	Mudar atitude da família	4OI -	1-OI -	9-OI -	- -	7-OI -	21-OI -
	Ajuda família tomar decisão	5OI -	- -	3-OI -	- -	- -	8-OI -
	Outros/gerais/ Questões familiares	3OI -	- 1-OA	- -	- -	- -	3-OI 1-OA
	SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	8OI -	2-OI -	- 2-OA	- 1OA	3-OI -	13-OI 3-OA
Fatores Contextuais: PESSOAIS	Atitude e comportamento	6OI -	- -	5-OI 1-OA	- -	7-OI -	18-OI 1-OA
	Medo, angústia, vergonha, tristeza	5OI -	- 2-OA	4-OI 6-OA	- 1-OA	4-OI -	13-OI 9-OA
OUTROS	Esclarecimento sobre a doença	- -	- -	6-OI -	1-OI -	- -	7-OI -

Há uma essência de objetos trabalhados nos atendimento individuais ou grupais analisados: a aprendizagem, as relações interpessoais entre paciente e família, as funções corporais, a participação social e os sentimentos.

A aprendizagem foi o aspecto que mais sofreu intervenção das TO1, TO2 e TO5, porém por motivações diferentes. Para a TO1 a intervenção na aprendizagem parece dar sentido para quem procura o serviço por queixa escolar. Porém os focos de mudança estão nos apoios e relacionamentos familiares ou na rede de serviços como a escola. As atividades de aprendizagem aparecem como facilitadores do processo de vínculo para intervir naqueles outros aspectos. Para a TO2, o [OI] é a aprendizagem da criança utilizando como recursos atividades adaptadas (mais fáceis ou de modo mais divertido) para aquisição de habilidades necessárias para a participação na escola, como atenção, concentração e coordenação. Para a TO5 os principais [OI] são as atitudes e comportamentos dos pacientes apresentados durante a realização de atividades. Como conseqüência, as atividades de aprendizagem possibilitam que os pacientes tomem contato com suas dificuldades e habilidades e conseqüentemente melhorem sua execução.

Nos atendimentos individuais ou grupais, a forma de executar e de planejar a atividade foi enfatizada na avaliação e na intervenção: levar o paciente a identificar se a atividade “está bonita, está certa, está finalizada”; que materiais são necessários, em que quantidade, onde estão os objetos na sala e como agrupá-los. Figuras, livros, jogos, atividades manuais, atividades de leitura, atividades corporais, brinquedos foram os recursos utilizados.

Se considerarmos a intervenção na família (21[OI]) e ajudá-la a tomar decisões em relação ao paciente (8[OI]), esse foi o segundo aspecto que mais foi tomado como objeto de trabalho das terapeutas como observado na Tabela 17.

Um caso representativo de intervenção na família foi apresentado pela TO3.

> Ele era prematuro [e estava com ADNPM], mas mais do que tudo era por questão da mãe. Uma coisa que eu percebo, não só nesse caso, mas com outros bebês com histórias semelhantes é que à medida que você fortalece as mães, por menor que seja a manipulação em terapia, essas crianças melhoram (...). Lógico que eu não falei dela [da mãe]. Nunca falo delas... eu falo dos bebês. Meu pretexto ali é o bebê. [...] Mas elas não percebem muito isso... que é um jogo que eu faço. Então elas continuam vindo até ter uma demanda para o bebê. O bebê pode até estar andando, mas enquanto essa mãe ainda precisar de mim... Essa criança ainda fica mais um tempo (Entrevista TO3).

Um aspecto interessante que aparece no trabalho das TO1 e TO3 é a transferência de responsabilidade na tomada de decisões para os próprios pacientes ou para a família. Nesses casos, são oferecidas à família informações necessárias ou ajuda para refletir sobre as conseqüências das possíveis decisões, como por exemplo, na opção de internação a longo prazo de um paciente com demência.

Os instrumentos para intervir na atitude do familiar variaram entre orientar sobre sua conduta em relação ao paciente, apontar atitudes e sentimentos de membros da família que prejudicam o desenvolvimento do paciente, ajudar na negociação entre familiares e levá-la a identificar aspectos positivos nos pacientes. O fazer atividades foi instrumento para facilitar conversas e/ou fonte concreta para percepção de sentimentos, atitudes, habilidades e dificuldades apontadas pela terapeuta. As atitudes e sentimentos que surgem durante a execução de atividades manuais são utilizados como recurso, por exemplo, da TO5 para discutir a relação entre mãe e filho. Mostrar os trabalhos desenvolvidos durante o atendimento dos pacientes para o familiar foi instrumento utilizado pelas terapeutas para que aquele reconheça habilidades nos pacientes e possa criticá-los menos. A TO3, por exemplo,

possibilitou que a avó e tia observassem as habilidades da criança durante as brincadeiras. As sugestões de passeios em parque, zoológico e shopping foram instrumentos adotados pela TO1 para melhorar o relacionamento entre familiar e paciente.

Todas as terapeutas tomam as funções corporais como [OI] e/ou [OA]. Porém esse objeto aparece mais intensamente no trabalho da TO3 pelo número de atendimentos realizados e por trabalhar predominantemente na reabilitação de pessoas que tenham alterações nas funções e estruturas corporais. Interessante notar que as funções e estruturas do corpo no trabalho da TO3 foram bem mais avaliadas (17[OA]) do que sofreram intervenções (6[OI]). Pela análise dos casos, pode-se afirmar que as questões contextuais – como atitude da família – se mostraram mais determinantes para qualidade de vida do paciente e/ou mais urgentes de sofrerem intervenção mesmo quando identificada a necessidade de transformação nas funções corporais. No trabalho da TO4 observamos a valorização desse objeto nos atendimentos de avaliação realizados.

Os principais instrumentos para intervir nas funções neuromusculo-esqueléticas nos atendimentos individuais foram manipulações/orientações de exercícios corporais para inibir reflexo, estimular percepções auditivas, visuais e de tato, fortalecer e alongar os músculos. Outro instrumento utilizado pelos TO1, TO3 e TO5 foi capacitar as mães a que realizassem essas manipulações. Os instrumentos para intervir foram atividades manuais, brincadeiras ou exercícios. As TO2, TO3 e TO4 utilizam exercícios físicos, como *Tai Chi*, alongamento e relaxamento em grupo ou individualmente. O oferecimento de tecnologias de ajuda foi facilitado por uma

lista de materiais disponíveis, como órteses e próteses, e lista de instituições onde são fornecidas.

O objetivo de ampliar a participação social está presente para todas as TO. Estas utilizam instrumentos que facilitem o acesso à escola, ao emprego ou à participação em atividades grupais como as atividades corporais, manuais ou brincadeiras.

A escola como objeto de intervenção foi identificada a partir de ações como conversas com a diretora ou professoras, atender a criança na creche ou orientar professores, recorrer ao poder judiciário para que a criança freqüentasse a creche. Com crianças que já freqüentavam a escola, a intervenção foi realizada quando terapeutas identificaram inadequação desta diante das necessidades dos pacientes ou quando solicitou apoio para permanência da criança na escola. O apoio, nesses casos, se deu por meio de cartas ou relatório para escola ou conversas com professores ou diretor sobre o desenvolvimento da criança. Com uma das crianças a TO1 solicitou que a paciente repetisse o ano escolar para que pudesse melhorar seu aproveitamento. Em outro caso, solicitou que a escola promovesse para a série subseqüente uma criança com problemas de auto-estima e muito cobrada pelos pais. Em alguns casos, as TO1 e TO5 solicitaram a mudança de escola, devido à inadequação do conteúdo escolar para o paciente, incompatibilidade de idade e comportamentos entre os alunos ou por violência escolar. Se por um lado freqüentar a escola/creche é um objetivo e indicativo de participação social, ela também é instrumento para o desenvolvimento cognitivo e motor das pessoas que dela participam.

A atividade “cadastro dos deficientes”, presente no trabalho da TO5, é instrumento organizacional para inserção de pessoas com deficiência nas escolas,

cursos profissionalizantes e no trabalho por meio das cotas reservadas para essas populações. Outros TO realizam esses encaminhamentos durante os atendimentos realizados a partir de uma lista de instituições onde os pacientes poderiam acessar seus direitos.

A intervenção no trabalho foi verificada com encaminhamentos mais pontuais, ou com atividades que desenvolvessem habilidades para tal. Esse [O] é mais avaliado do que sofre intervenção. Para as TO1 e TO5, um instrumento de intervenção foi a capacitação para o trabalho em atendimentos individuais na unidade. Interessante que os dois terapeutas têm pacientes em oficinas abrigadas e apontam os limites dessa atividade na vida dos pacientes. Os grupos de artesanato da TO4 foram utilizados como uma atividade de trabalho.

Todas as TO utilizam como [OI] os sentimentos: medo, angústia, vergonha, tristeza. Para intervirem, os terapeutas buscam levar os pacientes a reconhecerem os sentimentos e a identificarem sua fonte ou levantarem hipóteses sobre sua origem. As TO1 e TO5 utilizam figuras para buscar identificar e entender sentimentos. Esses terapeutas entendem que quando o paciente fala o que vê na figura, ele explicita o que vê em si mesmo. A TO1 utiliza sua disponibilidade - como tratar bem os pacientes, estar sempre aberta para receber as pessoas para conversar – para trabalhar com o sentimento de inferioridade de uma paciente com objetivo de desenvolver uma melhor auto-estima. Outro recurso para trabalhar com esse sentimento foi dar palestras sobre autocuidado, relacionamento com as pessoas, organização da casa e das tarefas do dia-a-dia. A forma de trabalho e as palestras possibilitaram, segundo a TO1, que as famílias se sentissem valorizadas e melhorassem a auto-estima. Diante do medo da paciente em fazer exames e descobrir que tinha câncer, a TO3 utilizou

duas estratégias. Apresentou outras possibilidades de doença a partir dos sinais e sintomas da paciente e relatou a superação de seus próprios medos. Com outra paciente que estava com medo de ser internada a TO3 conversou sobre as conseqüências da não internação e sobre as possibilidades de melhora em sua vida a partir dessa opção.

Um [OI] que envolve uma coletividade é a atitude dos profissionais de saúde da unidade e da comunidade em relação às pessoas com deficiência (TO3 e TO4). Os instrumentos utilizados para essas mudanças são facilitar a circulação das pessoas com deficiência pelo território e na UBS, proporcionar contato entre estas e a população e as ESF. No trabalho da TO4, as barreiras arquitetônicas que dificultam a circulação das pessoas são [OI] quando são solicitadas melhorias nas calçadas e nos serviços de transporte.

Embora os [OI] tenham variado entre indivíduo/coletivo e contexto, as TO entendem que as principais determinações das incapacidades dos seus pacientes são externos a eles e vivenciados por uma coletividade. Para a TO1, as incapacidades são determinadas pelo contexto de vida difícil na favela. Para a TO2, pela falta de estimulação em casa. Para TO3, pela falta de pessoas que cuidem e saibam cuidar das pessoas. Para a TO4, pela falta de participação social. Para a TO5, pela falta de conhecimento de si próprio determinada por uma sociedade que não quer ver seus próprios erros. O reconhecimento dos determinantes de saúde foi aprofundado pelas terapeutas que utilizaram questionários sobre os problemas, dificuldade e principais atividades das pessoas com deficiência.

7. PROCESSO DE TRABALHO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Atributos da atenção primária em saúde

> A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (Starfield, 2002).

Neste momento do estudo, identificamos os instrumentos não materiais utilizados pelas TO que facilitam ou dificultam a assistência, em especial, às pessoas com deficiência. Essa identificação foi feita a partir da análise dos processos de trabalho das TO pesquisadas em relação aos atributos da atenção primária em saúde.

As categorias de análise adotadas nesta pesquisa (apresentadas no Quadro 2 do capítulo Percurso Metodológico) foram construídas a partir das definições dos atributos da atenção primária em saúde e dos aspectos essenciais para seu desenvolvimento utilizados por Starfield (2002).

Primeiro Contato/Porta de entrada

> Então eu coloco assim o horário, facilito o horário, trabalho com porta aberta, pra que eles possam vir. Porque na favela eles não têm... essa questão de horário, pra eles é muito difícil (Entrevista TO1).

Para avaliar o primeiro contato, são considerados a acessibilidade à fonte habitual de atenção e o uso dessas para cada consulta iniciada pelo paciente (Starfield, 2002).[*]

A acessibilidade pode ser delimitada pela definição da população que será atendida, regida, em última instância, pelo entendimento de cada profissional sobre quem deve utilizar o serviço de TO na atenção básica. A TO1 facilita o acesso de

[*] Não será discutido nessa pesquisa se a fonte habitual de atenção à saúde das pessoas com deficiência é a UBS e se essa população é atendida toda vez que necessite. Essa discussão depende de considerarmos a opinião das pessoas com deficiência, o que não foram alvo de nossa pesquisa.

crianças em vulnerabilidade social, a TO2 de crianças com dificuldades escolares ou com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, a TO3 e TO4 de pessoas com deficiência e a TO5 de pessoas com deficiência como as em sofrimento psíquico. Apesar de essas serem as populações citadas como foco do trabalho das profissionais, todas atendem casos leves de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e de pessoas com deficiência física e intelectual. No trabalho das TO3 e TO4, em unidade com ESF, as terapeutas se sentem responsáveis por todas as pessoas com deficiência do seu território, independentemente da gravidade da alteração na função ou estrutura corporal, o que facilita o primeiro contato dessa população com a unidade de saúde e com o serviço de terapia ocupacional.

O acesso também é facilitado pelo trabalho das equipes da ESF. Na UBS da TO3, há horários para reuniões específicas com um representante da ESD, da ESM e a equipe da ESF com objetivos de agendar visitas, atendimentos e discutir necessidades e urgência dos casos de saúde mental e de reabilitação. No trabalho da TO4, o primeiro contato pode acontecer por pedidos dos profissionais das equipes da ESF em encontros não sistematizados, por busca ativa da profissional ou pela possibilidade de os pacientes conversarem com a terapeuta nos grupos abertos.

> Eu odeio burocracia. Não tenho agenda no balcão. Meus grupos não têm lista de espera. Foi e entrou. É acolher. Procuro encaixar o mais rápido possível, dou um jeito, a não ser que dependa de material. (...) Geralmente eu tenho sempre uns horariozinhos (Entrevista TO4).

As TO1 e TO5 se sentem responsáveis por todas aquelas pessoas que buscam ajuda independentemente da região de moradia. A TO1 se sente responsável pelas crianças em situação de risco social com atraso no desenvolvimento escolar e/ou motor. Um instrumento que a TO1 utiliza para facilitar o acesso é a dinâmica que ela denomina “Porta aberta”. Durante os atendimentos agendados, a terapeuta recebe as

pessoas que “batem à porta”: reagenda pacientes, orienta sobre como marcar consultas e atende alguns casos por meio de conversas ou realização de alguma outra atividade. A terapeuta relaciona essa característica do seu trabalho como tipicamente de atenção básica em saúde por possibilitar o atendimento da demanda espontânea. A dinâmica “Porta aberta”, segundo a profissional, possibilita a resolução de questões emergenciais ou pontuais dos pacientes, o que pode ser um diferenciador na qualidade de vida da família e/ou no desenvolvimento da criança.

A TO5 se sente responsável pelos pacientes de saúde mental e de reabilitação. Estes são encaminhados, em geral, por profissionais da própria UBS ou são identificados pela terapeuta a partir de sua observação nos corredores e na brinquedoteca. A acessibilidade nos serviços da TO1 e TO5 depende de que as pessoas reconheçam suas necessidades e consigam chegar ao atendimento da TO, apesar da falta de clareza do fluxo, barreiras arquitetônicas, entre outros problemas apontados. Dessa forma, muitas pessoas que necessitariam de atenção ficam excluídas dos atendimentos.

A TO2 se sente responsável por oferecer ações de prevenção e promoção para toda população, para que estes não desenvolvam limitações corporais no desempenho de atividades e na participação social. O oferecimento semanal de uma triagem em grupo e a possibilidade de agendar avaliação com a própria terapeuta ampliam a acessibilidade da população com o serviço de TO. Porém, o critério de seleção (atender apenas casos leves e recentes de deficiência) dificulta o acesso de pessoas com deficiências mais graves e cronificadas.

Para as terapeutas, o primeiro contato pode ser realizado pelo próprio paciente em qualquer horário de trabalho da terapeuta. Por um lado, isso revela a

disponibilidade das terapeutas em conversar com os pacientes e conhecer suas necessidades. Por outro, pode revelar que a UBS não incorpora esse processo de trabalho como sendo de sua responsabilidade delegando-o aos próprios terapeutas. As pessoas a serem atendidas em terapia ocupacional nas UBS tradicionais, e que não tem uma proposta específica de reabilitação, são determinadas, principalmente, pelo profissional.

Outros mecanismos foram identificados no trabalho da TO3 para facilitar o acesso: adequar o horário, freqüência e local de atendimento às necessidades do paciente, convencer o paciente sobre a necessidade de assistência e acolher a demanda espontânea. Adequar o local de atendimento - no domicílio, na escola ou creche - para facilitar acesso foi observado apenas nas unidades com ESF.

Na UBS da TO5 e em uma das unidades de trabalho da TO3, a acessibilidade física estava dificultada. As salas das terapeutas são no segundo andar e as UBS não têm elevadores. A busca da TO5 em solicitar adaptações na unidade e da TO4 em solicitar melhorias nas ruas do bairro podem ser consideradas iniciativas para melhorar a acessibilidade da unidade para as pessoas com deficiência. As TO3 e TO4 buscam aproximar as pessoas com deficiência com outros profissionais da UBS para facilitar o vínculo e o cuidado em saúde.

Todas as TO afirmaram que é possível que o paciente retorne ao serviço de terapia ocupacional, mesmo depois da alta ou do abandono do atendimento, se surgirem novas necessidades. Para as TO1, TO2 e TO5, cabe aos pacientes procurar a terapeuta quando identificarem novas necessidades. O acesso ao atendimento, nestes casos, depende de que o próprio usuário reconheça as suas necessidades em saúde e a possibilidade da UBS em respondê-las, e vença as barreiras arquitetônicas

e as dificuldades de agendamento pela falta de vagas e de organização na recepção. Para as TO3 e TO4, realizar consulta trimestrais ou semestrais às pessoas com deficiência de seu território e possibilitar atendimento no domicílio são instrumentos para facilitar o acesso à saúde mesmo para aquelas que não reconhecem esse direito ou que não encontram recursos - financeiros, de transporte, de acompanhante para ir até a unidade de saúde - para serem atendidas.

Os grupos de atividade corporal (TO2, TO3 e TO4), brincadeiras (TO2, TO3, TO4 e TO5) e alguns grupos de artesanato (TO4 e TO5) possibilitam o acesso da população em geral às atividades assistenciais dos TO.

Continuidade ou Longitudinalidade

> Eu acredito que não existe alta no PSF. (...) Tanto que eles estão sempre na minha lista. Ou é alta porque é algo muito específico que foi sanado, mas se for uma pessoa com deficiência, ou algum quadro crônico, está ali, pra sempre [na minha lista] (Entrevista TO3).

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Para avaliar a longitudinalidade, Starfield propõe que se investigue se há cadastro de pacientes, a força da relação interpessoal entre paciente e profissional e se os pacientes procuram o profissional para cada nova queixa (Starfield, 2002).

A atenção ao longo do tempo das pessoas com incapacidades é vista pelos TO3 e TO4 como de responsabilidade do serviço, provavelmente pelo fato destas TO trabalharem em unidades com ESF, que são orientadas pela diretriz *continuidade*. Acompanhar pessoas com deficiência pode ocorrer de diferentes maneiras: atendimentos em grupo, individuais (semanais ou quinzenais), discussão do caso na equipe e ações compartilhadas entre os profissionais, consultas de seis em seis

meses, orientações pontuais à família, ou ainda o acompanhamento da concessão de equipamentos de ajuda como cadeira de rodas e muletas. A freqüência de atendimento e o tipo de intervenção variam conforme a urgência do caso e características das situações de vida das pessoas, que mudam ao longo do tempo.

As TO1 e a TO5, que estão alocadas em UBS tradicionais, apresentaram ações e depoimentos que valorizam o trabalho longitudinal para alguns casos atendidos.

> Essas crianças [com deficiências graves] são usuários daqui da UBS... Então eles precisam vir porque daqui alguns anos, com 10, 12 anos eles podem estar na escola, ele vai precisar de um atendimento diferente e não vai ter talvez uma Santa Casa... e ele já tem um vinculo, já sabe aonde vir... essas crianças assim com... casos neurológicos mais sérios em penso a longo prazo, num futuro (Entrevista TO1).

Apesar dessa valorização, há uma tensão entre realizar um trabalho longitudinal (de cuidado em saúde ao longo da vida) e um trabalho intenso e longo (de intervenções para melhora da função corporal e na realização de atividades). As TO das UBS tradicionais têm o entendimento de que as pessoas com grandes incapacidades - deficiência física, doença mental, deficiência intelectual ou em vulnerabilidade social - necessitam de atenção individual e de acompanhamento do cuidado em saúde, mas reconhecem que não há possibilidade de o serviço oferecer esse tipo de atendimento a todas as pessoas que necessitam. Em geral, essas terapeutas selecionam alguns casos para realizar um trabalho longitudinal e para outros estabelecem metas a curto e a médio prazo, sabendo previamente que muitas necessidades não serão respondidas. Outras estratégias são esperar que o próprio paciente "se dê alta" ou encaminhar para serviços que possam atender a médio ou a longo prazo, como o CECCO, o CAPS ou os centros de referência em reabilitação.

Para a TO2, os casos de deficiências graves necessitam de intervenção a longo prazo e devem ser atendidos nos ambulatórios. A UBS pode oferecer apoio e orientações a essa população.

> Teve casos [que atendi] que não eram casos pra UBS. Mas a pessoa não ia para o ambulatório (...). Teve casos de síndromes que também atendi. Fiz encaminhamento [para o ambulatório], pois precisava de um trabalho mais a longo prazo, mas eu pedi pra pessoa retornar para fazer um acompanhamento, pra ver algumas orientações que pudessem ser feitas por aqui. Mas a pessoa não retornou (...). E teve casos de síndrome de down, mas que dá pra você fazer um trabalho, orientar a questão em casa, trabalhar a questão do limite. Que deu pra trabalhar tranquilamente aqui (...). Já chegou casos aqui pra triagem de deficiência intelectual adulta, que ficou muito tempo sem atendimento nenhum (...). Não dá, eu amarro [minha agenda] (Entrevista TO2).

Todos os grupos desenvolvidos pelas TO são orientados para atendimentos longitudinais ou por intervir em questões que demandam tempo para serem transformadas (como o grupo de mulheres da TO5) ou por oferecer atividades que deveriam ser realizadas ao longo da vida das pessoas (como os grupos de brincadeiras, atividades físicas e de artesanato).

Um elemento indicador do estabelecimento de um senso de responsabilidade por um grupo de pessoas a longo prazo é o cadastro de pacientes. Este é o meio pelo qual os profissionais podem acompanhar as necessidades de seus pacientes e o quanto estão sendo respondidas (Starfield, 2002).

Foi identificado o cadastro de pessoas com deficiência no trabalho da TO3, TO4 e TO5, mas a responsabilização e a busca por identificar toda população com deficiência do território é uma das diretrizes dos trabalhos das TO3 e TO4 onde estão presentes a ESF. No trabalho da TO5, o cadastro de deficientes é realizado em atendimento em grupo e busca entender as necessidades em saúde de quem procura a UBS e oferecer respostas mais pontuais.

> A gente faz um cadastro pra alguma hora fazer alguma outra coisa que pretendemos e dá algumas orientações que achamos interessante como no caso dos direitos das pessoas em relação a benefício, passe, possibilidade

> de cursos profissionalizantes se a pessoa tiver interesse e possibilidade de trabalho pela cota. A gente tem até uma relação agora que podemos dar para a pessoa por escrito que tem essas coisas. Algum encaminhamento se for o caso, se não estiver fazendo nenhum acompanhamento. Até a possibilidade de ATENDE (Entrevista TO5).

Essa atividade tem por objetivo, a longo prazo, ser um dispositivo para agregar pessoas com deficiência, desenvolver autonomia dessa população, partilhar necessidades e buscar formas de respondê-las.

> Mas o que a gente quer de verdade é fazer um trabalho pra que eles comeÇem a pensar em ações que poderiam fazer que possam melhorar a própria vida deles. Se ajudar e ajudar um ao outro. Saber que tem um conselho que faz isso ou aquilo. Que existem ONG e outros trabalho com pessoas com deficiência. Enfim, organizar uma coisa que mesmo que a gente saia de lá eles possam estar engajado com alguns serviços com a comunidade. Uma vez que eles sabem muitas vezes falar das dificuldade que eles têm, onde ou o que seria interessante, até melhor do que nós (Entrevista TO5).

Outro elemento indicativo do uso consistente do serviço ao longo do tempo é a força do vínculo que pode ser identificado pela força da relação interpessoal, pelo enfoque na pessoa como um todo; conhecimento do médico sobre o paciente; atenção e empatia; confiança do paciente no médico; atenção adequadamente adaptada; e a participação do paciente e tomada de decisões compartilhadas (Starfield, 2002).

> É o vínculo. Não tem atenção primária sem longitudinalidade, sem vínculo. (...) Eu acho que é o tempo todo. Por exemplo, quando chega um usuário novo, de acolher, de saber como ele é. Qual o jeito dele. De sentir se a pessoa está bem, se não está bem (Entrevista TO4).

Segundo a TO4, o vínculo se constrói a todo o momento, em sucessivos encontros e conversas entre pacientes e a população em geral. Para essa terapeuta, o vínculo pode ser um recurso para processar uma transformação no paciente, conhecer sua dinâmica de vida ou mobilizar o potencial da população para realizar diversas atividades como passeios, festas e promover mobilização comunitária que responda às necessidades dos moradores da região.

Para a TO1, marcar ou facilitar consultas para pacientes em outras especialidades e trabalhar com a "Porta Aberta" é, muitas vezes, instrumento para estabelecimento de vínculo possibilitando que aqueles retornem à unidade, facilitando assim o acesso. O vínculo da TO1, especialmente com duas famílias, mostrou-se essencial para acompanhar a longo prazo as necessidades de uma criança com deficiência e uma adolescente em risco social. A TO1 também utiliza atividades interessantes para estabelecer vínculo possibilitando um melhor conhecimento sobre a família e o retorno dos pacientes aos atendimentos.

> Dou uma atividade pra criança. Uma atividade interessante (...). O primeiro objetivo é conquistar mesmo a criança. Então não é que estou vendo a coordenação, mas a gente acaba vendo (...), é pra que ela se sinta bem enquanto ela está trabalhando, enquanto eu possa ver umas questões com a mãe. Nesse caso eu trabalhei com mãe uma questão de vínculo. Comecei a emprestar revistas, jornais, pra ela discutir, conversar sobre questões que ela achasse interessante, sobre questões da própria comunidade (Entrevista TO1).

A TO3 utilizou dois instrumentos para construir o vínculo e possibilitar atendimento de uma criança com atraso no desenvolvimento. O primeiro foi que sempre que encontrava a mãe de uma criança na rua falava sobre a importância de atendimento e oferecia opções de horários. O segundo foi atender a criança juntamente com a mãe. Isso propiciou a oportunidade de conversa e abertura para intervenção sobre o relacionamento e cuidado da mãe para com a criança.

Para a TO5, o vínculo traz a possibilidade de fazer intervenções necessárias sem que, no entanto, o paciente abandone os atendimentos.

Alguns elementos são indicativos do vínculo: o retorno de pacientes para atendimento com a TO quando surgem novas demandas, a mobilização da comunidade para manter as TO2 e TO4 nas UBS, as conversa estabelecidas no percurso do território; as decisões compartilhadas sobre manejo de dificuldades entre

pacientes e suas famílias observadas no trabalho das TO1 e TO3, e o conhecimento de todas as TO sobre como vivem seus pacientes e suas famílias.

Integralidade

> Eu acho que isso é legal no trabalho de TO, essa visão assim maior de ver a vida mais geral, vários aspectos da vida... como é que está na escola, como é que está nisso, naquilo, se vai para algum lugar ou não. Aí a gente vai encaminhando para alguns lugares. Eu acho que é bacana isso (Entrevista TO5).

Para avaliar a integralidade, são considerados a variedade de serviços oferecidos dentro e fora da UBS e o reconhecimento de diferentes necessidades de saúde (Starfield, 2002).

Uma parte da descrição da integralidade foi realizada a partir das atividades desenvolvidas pelas TO e da identificação de seus objetos de intervenção no trabalho, já discutidos no capítulo *Descrição do processo de trabalho*.

Outra parte, que será apresentada neste capítulo, foi realizada a partir da articulação do trabalho da TO com outros níveis de atenção em saúde, com outros setores (como o escolar) e os membros da equipe.

Todas as TO encaminham pacientes para especialidades médicas, porém o acesso é limitado. As principais dificuldades dos pacientes em acessar as especialidades médicas, segundo as terapeutas, são devido ao pequeno número de vagas disponíveis no sistema de saúde público e a desorganização no fluxo de marcação de consultas. Para garantir o acesso dos pacientes da TO1 às especialidades médicas, ela mesma marca, muitas vezes, a consulta na recepção. O atendimento de um paciente da TO5 pelo psiquiatra só foi possível a partir de insistentes telefonemas para a interlocutora de saúde mental da região. Observa-se, nesses casos, que agendar

consultas dependeu mais do empenho de um profissional e menos de um serviço estruturado para tal.

No serviço da TO2 o encaminhamento do paciente para especialidades médicas só pode ser realizado pelo médico, o que torna o caminho de acesso mais longo. Seria possível levantar a hipóteses que o fluxo estabelecido no serviço da TO2 seja um instrumento para que o médico também se responsabilize pelo caso encaminhado. Isso, porém, não foi confirmado pois a articulação entre os trabalhos nessa unidade é pequena. A busca por responsabilizar o médico para acompanhamento do caso a partir do encaminhamento para este foi observado no trabalho da TO3 quando esta identifica que um de seus pacientes tem diabetes.

Algumas TO indicaram barreiras na aquisição do órteses e próteses. As TO1 e TO5 relataram demora na resposta à solicitação de cadeiras de rodas. Conseguir acessar especialidades médicas e os recursos de ajuda dependem, muitas vezes, de motivação pessoal, intermediação sistemática da TO e relações interpessoais estabelecidas anteriormente com profissionais de saúde responsáveis por esses acessos.

O setor que os TO mais encaminharam, sem ser o setor saúde, foi o escolar.

A TO1 tem um bom relacionamento numa escola particular com constantes encaminhamentos de pacientes para escola e vice-versa. A TO1 cita que já realizou uma palestra sobre desenvolvimento infantil na creche e que muitos encaminhamentos para ela vêm desse antigo trabalho. Essa terapeuta afirma que o trabalho na escola pública é muito difícil, pois as professoras se sentem julgadas e ameaçadas. Em alguns casos, a TO1 envia à escola uma carta sugerindo, por exemplo, que a criança passe ou repita o ano letivo. Na creche, faz um trabalho de

inclusão de duas crianças que atende orientando as professoras sobre como estimular o desenvolvimento cognitivo do aluno, melhorar seu posicionamento na cadeira de rodas e lidar com o comportamento da mãe e da criança.

No trabalho da TO2, a integração com a escola foi observada com atividades desenvolvidas nas creches e, antigamente, nas escolas de ensino fundamental. Nestas últimas era desenvolvido um trabalho de orientação sobre o uso de preservativos devido ao grande número de adolescentes grávidas na região. Esse trabalho foi interrompido a pedido da gerente da UBS para que a TO realizasse mais atividades no espaço interno da UBS. O trabalho na creche continua até os dias de hoje para orientar as professoras sobre o desenvolvimento infantil e os cuidados com a voz. Para a TO2, a inclusão de crianças com necessidades especiais está mais facilitada na escola estadual do que na escola municipal pelo fato de haver uma diretora disponível.

A TO3 já desenvolveu um trabalho de inclusão escolar significativo, mas se sente desmotivada depois que o Centro de Formação e Apoio a Inclusão – órgão de apoio à inclusão de crianças com deficiência na rede pública de educação – desconstruiu um trabalho que havia realizado.

A TO5 afirma que para conseguir que uma criança, de 9 anos com diarréia crônica e dificuldade de aprendizagem, freqüentasse a escola teve que conversar por telefone com a diretora e enviar carta para a professora. Para um adolescente com deficiência intelectual solicitou mudança da escola regular para o CIEJA por dificuldades de relacionamento entre outros alunos e o adolescente devido à diferença de idade.

Trabalhar com a rede de serviços oferecidos no território é para a TO4 um instrumento de construção a longo prazo a partir de reuniões que acontecem cada mês em uma instituição diferente. A TO5 desenvolve um trabalho em parceria com uma grande instituição da região. Para essa terapeuta há muitas dificuldades a serem enfrentadas pelos diferentes valores existentes na forma de entender o trabalho. O evento do dia da mulher, por exemplo, para a TO5 e os funcionários da UBS, deveria propiciar reflexões e discussões sobre a condição da mulher na sociedade, enquanto para os membros da instituição deveria ser um dia de comemoração e de realização de atividades prazerosas.

Identificamos na reunião da ESD da TO3, a busca por trabalhar com instituições do território como escola, conselho tutelar e serviço de assistência social. Para a TO2, o trabalho com a rede de serviços no território já foi bem mais significativo, com a realização de diversos encontros, mas foi se tornando inexpressivo porque os órgãos centrais de administração em saúde não estimulam mais o trabalho interinstitucional.

Outros setores são acionados, em menor freqüência (provavelmente porque são ações realizadas mais esporadicamente pelas terapeutas), por todas as TO, como a assistência para aquisição de benefícios da seguridade social, de transporte como passe livre ou ATENDE (transporte gratuito para pessoas com deficiências físicas significativas que limitam o uso do transporte público comum). As TO1, TO3, TO5 também acessam o sistema jurídico para inclusão de crianças na escola ou para garantia de direitos dos trabalhadores ou das crianças e adolescentes.

O trabalho em equipe na UBS é um dos aspectos da integralidade apresentada pela Política Nacional de Atenção Básica. Na UBS da TO3, onde há ESF, o trabalho

em equipe mostrou-se articulado pelos seguintes fatores: horário estabelecido para discussão de casos, co-responsabilização pelas ações a serem desenvolvidas, agendamento de atendimentos a partir da discussão de casos mais urgentes e participação de ACS nas atividades grupais. As conversas informais entre membros da equipe e a TO3, e a presença de ACS na maioria das visitas domiciliares também se mostraram importantes na articulação do trabalho.

No trabalho da TO4, onde também há ESF, não está previsto um horário específico para as discussão de casos de pessoas com deficiência. Estas foram observadas em conversas informais entre a TO4 e os membros da equipe e, segundo a TO, podem ser realizadas quando surge uma necessidade identificada pela própria terapeuta ou pela ESF. A equipe reconhece a importância da terapeuta.

> É muito comum eu ser chamada pelas equipes para algum caso de deficiência ou quando encontram alguém impedido de alguma coisa. Geralmente, eles sabem que TO cuida de gente grave. É muito engraçado. Sempre eles chamam para aqueles casos com os quais eles não sabem o que fazer. Ou as pessoas que eles vêem que estão muito isoladas ou sem atividade ou com problema (Entrevista TO4).

As duas visitas domiciliares realizadas pela TO5 foram realizadas sem a presença dos ACS. A participação dos ACS no desenvolvimento de atividades da TO4 se restringe, segundo a terapeuta, a alguns grupos e com pouco envolvimento. A tentativa de uma maior articulação do trabalho em equipe parece uma busca constante da terapeuta, já que esta afirma que há algum tempo atrás não era chamada para participar das reuniões de equipe.

A participação em reuniões para discutir o trabalho já causou desgaste para a TO1 pela falta de mudanças efetivas no cotidiano dos serviços. Desta forma, a terapeuta optou por não participar das reuniões. As TO1 e TO2 relatam que as reuniões de equipe não acontecem há um bom tempo e que as reuniões gerais com a

gerente e todos os profissionais da UBS são realizadas mensalmente para discutir a organização geral do trabalho em relação à recepção e as vagas para os médicos, não havendo tempo disponível para discussão do trabalho de outros profissionais.

A TO2 apresenta como característica significativa do seu trabalho a parceria com um fonoaudiólogo, com o qual realizou muitos atendimentos grupais e discussões da organização das atividades da semana. Para a terapeuta, esta forma de trabalho está relacionada com uma característica pessoal – gostar de trabalhar com outro profissional – mas também com a busca por preencher a falta de uma proposta de trabalho para os profissionais de saúde não tradicionais de uma UBS. A desarticulação entre o trabalho dos profissionais tradicionais - enfermeiros, médicos - e os não tradicionais – TO e fonoaudiólogo - na UBS reflete, segundo a TO2, na falta de encaminhamento de adultos para a terapia ocupacional, entre eles os com deficiência e em sofrimento psíquico, mesmo havendo quatro médicos clínicos alocados na unidade. Informar os médicos por escrito ou nas reuniões gerais sobre as atividades assistenciais desenvolvidas parece não surtir efeito no aumento de encaminhamentos e na melhoria da articulação do trabalho.

Para a TO5, um dos limitadores para o trabalho é a frágil articulação do trabalho em equipe. Não havendo diretrizes para o trabalho, cada profissional acaba fazendo o que pensa ser o melhor, sem uma discussão institucional sobre as necessidades mais significativas para a população que atende. Para essa terapeuta, o trabalho em equipe pode se desenvolver tanto a partir da apropriação do papel da atenção básica pelos profissionais de saúde quanto a partir da participação da comunidade na definição de suas necessidades e das formas de respondê-las. Um

instrumento que a TO5 tem utilizado para facilitar esse processo é a sua participação no Conselho Gestor da UBS.

Coordenação

> Eu posso ficar aqui e fazer um encaminhamento e não saber o que aconteceu com eles [os pacientes e sua família]. Se a mãe vai ficar por aí batendo pernas, vai voltar ou não... E isso eu não acho certo. Eu procuro acompanhar o encaminhamento. Eu gostaria que o trabalho fosse feito assim, no real, mas você vê que às vezes não dá. Porque às vezes demora pra você fazer um contato [com outros serviços] (Entrevista TO1).

A coordenação (integração) da atenção requer alguma forma de *continuidade*, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas. Por exemplo, o estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveria ser avaliado nas consultas subseqüentes. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas (Starfield, 2002).

A diversidade de problemas reconhecidos pelas terapeutas já foi discutida no capítulo *Descrição do processo de trabalho* e apresentada na Tabela 17. É de se esperar que, pela regularidade dos atendimentos semanais (em grupo ou individualmente), os terapeutas sejam solicitados pelos pacientes a responderem a diversidade de suas necessidades em saúde e a acompanhar suas respostas, mais do que outros profissionais tradicionais da UBS que os acompanham em menor freqüência. As terapeutas acompanhadas buscam coordenar o cuidado em saúde dos pacientes que atendem a partir de contatos com professores de escola e com médicos especialistas que os atendem. Essa coordenação, porém, é dificultada pela falta de

estratégias, fluxos e organização para facilitar esse cuidado como já discutido no capítulo *Integralidade*.

As TO não utilizam sistematicamente os prontuários como uma forma de registrar os atendimentos, reconhecer necessidades e acompanhar o cuidado. A coordenação da atenção depende mais da memória, facilitada por informações nos atendimentos semanais regulares e pelo pequeno número de pacientes que as terapeutas atendem quando comparado aos atendimentos médicos.

A principal questão apresentada pelas TO para a utilização do prontuário foi a dificuldade de articulação entre a recepção, o responsável pelos prontuários, e o momento do atendimento. Outra dificuldade parece residir na forma de realizar os atendimentos em terapia ocupacional. Enquanto os médicos realizam as anotações e leitura dos prontuários durante os atendimentos, as TO dependeram mais de um horário exclusivo pois a realização de atividades pelo paciente requereu o acompanhamento ou a intervenção da terapeuta. Devido a esse fato, a leitura do prontuário e o registro de aspectos relevantes não são efetuados durante o atendimento.

A coleta de informações sobre o problema de saúde ou orientações não realizadas nos atendimentos individuais no consultório é de difícil registro nos prontuários. Observou-se, por exemplo, que os atendimentos em grupo, em geral, não são registrados pelas terapeutas. O registro do atendimento nos prontuários individuais das crianças que participaram do grupo de brincadeira no serviço da TO3 foi facilitado por haver um horário posterior reservado para discussão na equipe. As orientações e coleta de informações com os familiares, principalmente as realizadas antes ou depois dos atendimentos, não foram registradas.

O processo de transferência de informações na coordenação do cuidado não segue uma sistemática única. Os casos que mobilizaram mais as terapeutas são encaminhados ou discutidos por telefone, relatórios ou visitas institucionais.

Centralização na família

Para Starfield (2002), o conhecimento da família oferece não apenas o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes e ajuda para isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias.

As TO acompanhadas não só consideraram as famílias como fonte de informações para realizarem atendimentos contextualizados e apropriados, mas também como elemento de intervenção, como já discutido no capítulo *Descrição do processo de trabalho*.

O principal instrumento utilizado para entender e intervir na família foi a conversa com os cuidadores antes, durante ou depois do atendimento (TO1 e TO4), no grupo de pais (TO2), nos grupos não específicos para trabalhar com a família (como terapia comunitária, TO4; grupo de mulheres, TO5 e grupo de brincadeiras, TO3) e nos atendimentos/avaliações domiciliares (TO3 e TO4). Esses atendimentos à família permitem ensinar técnicas de cuidados e facilitar relações interpessoais a partir da conscientização sobre os limites e potencialidades dos pacientes, negociação de condutas e discussão sobre atitudes e comportamentos.

Um relato ilustrativo da intervenção e consideração da família foi apresentado pela TO1.

> Veio [encaminhada pra mim] como uma criança que eles iam chamar o conselho tutelar porque tinha dificuldades de comportamento, porque estava passando para o segundo ano e não aprendia nem ler, nem escrever, porque a mãe era alcoólatra, pai alcoólatra. E ela tinha uma agressividade com a professora, tudo isso. Então veio a pedido da escola com esse histórico. Uma coisa que eu procuro fazer nesses atendimentos que vem a pedido da escola e com crianças de risco, (...) é conhecer a família, a criança e que eles melhorem a autoestima (Entrevista TO1).

Um relato ilustrativo de necessidades levantadas e questões trabalhadas na família foi apresentado pela TO2 que realiza um grupo de pais.

> A gente trabalha questões de como lidar com as crianças em casa. De exigir o que a criança pode dar dentro daquela idade. Porque a gente observa que a mãe exige coisas que a criança não está pronta. Por exemplo, colocar uma criança de 8 anos pra tomar conta de um bebê (...). Em contrapartida tem mãe com crianças de 10 anos que não ajuda nada em casa, não cobra lição. Trata a criança muito infantilizada. Ou a mãe não deixa ir pra escolinha porque morre de medo da criança cair no parque (...). A gente pontua bastante a questão do limite. De que os exercícios que a gente passa aqui, têm que ser acompanhados, que a gente não faz milagre. Trabalhamos um pouquinho a questão de higiene. Também é uma forma de você abordar a questão não diretamente para a pessoa não ficar acanhada. Não adianta cobrar da criança se a família não tem o hábito. Essa questão da alimentação, a importância de estabelecer horários pra brincar, pra comer, pra assistir televisão. A televisão a gente frisa bastante. Os programas, os horários, o que assistir. Eu sei que é complicado em uma casa que às vezes dorme todo mundo junto. Mas tem que tomar certos cuidados porque as crianças vêem e reproduzem (Entrevista TO2).

A necessidade de intervenção na família também foi reconhecida como uma necessidade coletiva.

> Ela (psicóloga) viu que chegavam muitas crianças (...) e à medida que avaliava essas famílias as questões eram muito parecidas. Na sua avaliação, além da queixa específica da criança, de mau comportamento, de não ter desempenho escolar esperado, ela achava que precisava fortalecer essas famílias. E discutir um pouco o que é ser mãe, o que é o cuidado, o que é a família. Falar um pouco das dores daquelas famílias, que eram muito parecidas, por exemplo, no que se refere à questão da miséria, seja miséria afetiva, de não ter com quem contar, seja miséria econômica mesmo (Entrevista TO3).

Orientação para a comunidade

Uma abordagem orientada para a comunidade busca desenvolver as tarefas a seguir: definir e caracterizar a comunidade, identificar seus problemas de saúde,

modificar programas para abordar estes problemas e monitorar a efetividade das modificações no programa (Starfield, 2002).

Orientação para comunidade é um atributo da atenção primária em saúde identificado no trabalho das TO pelas seguintes características: considerar as questões da comunidade para compreender as determinações de incapacidades dos pacientes e utilizar recursos do território (todas as TO), realizar atividades nos espaços externos à UBS (TO2, TO3, TO4), incentivar a participação da população no Conselho Gestor e participar enquanto profissional de saúde (TO4, TO5), construir uma rede de instituições suficientemente articulada para responder às necessidades dos pacientes (TO3, TO4 e TO5) e intervir no território junto a órgãos públicos (TO3 e TO4) ou na própria percepção da comunidade em relação às pessoas com deficiência (TO4).

Alguns relatos das terapeutas indicam um trabalho orientado para comunidade como:

- a identificação dos problemas da comunidade, a busca por solucioná-los e a utilização de recursos comunitários.

> Você entra na vida de uma comunidade, se envolve com problemas muito maiores. A escola que tem ou que não tem vaga, a enchente que tem naquela região, não tem biblioteca ou tem, como eu vou fazer uso dessa biblioteca, se tem CEDECA. Enfim, isso tudo dá muito trabalho, é muito difícil, mas ao mesmo tempo em que é difícil, eu acho que é isso que faz o trabalho do PSF ser legal (Entrevista TO3).

- o entendimento que a comunidade deve se apropriar do espaço da UBS.

> Eu acho que os próprios usuários podiam ter a chave do armário e eles se organizarem. Eu tenho trabalhado muito para que eles se apropriem desse espaço. Que é o uso da UBS para um trabalho comunitário. E não de ficar medicalizando essas demandas (Entrevista TO4).

- a afirmação que a circulação de pessoas com deficiência pelo território é um instrumento utilizado para intervir na percepção que a comunidade tem em relação a essa população.

> Eu acho muito interessante a gente andando pelo bairro, a comunidade ver a perua circulando [com as pessoas com deficiência] as pessoas verem a gente cuidando, tirando do carro, conversando com a família. É também uma intervenção no território. Como se fosse uma penetração nesse território. É um recurso público, que estão cuidando, dando dignidade (Entrevista TO4).

Embora todos esses aspectos apresentados possam ser considerados orientados para comunidade, Starfield (2002) melhor avalia esse atributo para os serviços que têm mecanismos formais para identificar e estabelecer prioridades entre a ampla variedade de problemas de saúde potenciais na comunidade, para determinar seus correlatos e determinantes. Nos serviços da TO3 e a TO4 existe a busca por realizar um cadastro de pessoas com deficiência, caracterizando suas necessidades, e por avaliar os impactos de suas ações junto à comunidade, por meio de estudos de caso qualitativos ou, como no trabalho da TO3, por indicadores de qualidade dos serviços como o percentual de casos hospitalizados por acidente vascular encefálico ou por fratura de fêmur. Porém, a TO3 afirma que em seu serviço tem diminuído o acompanhamento dos indicadores de qualidade da atenção.

O elemento valorizado por Starfield parece estar relacionado com o reconhecimento e intervenção em necessidades coletivas. No trabalho das TO4 e TO5, participar do conselho gestor da unidade possibilita o contato com as necessidades mais coletivas da população. As necessidades coletivas específicas da população com deficiência são discutidas mensalmente no trabalho da TO3 em reuniões da equipe de reabilitação e, no trabalho da TO4, em reuniões esporádicas com o movimento de pessoas com deficiência ou em reuniões sistemáticas de

discussão de casos com os estagiários de terapia ocupacional. A atividade “Cadastro dos deficientes”, no trabalho da TO5, busca ser, a longo prazo, um instrumento para caracterizar e responder necessidades coletivas dessa população.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

> O processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de sociabilidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidas, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro (Mendes-Gonçalves, 1994).

A inserção de terapeutas ocupacionais em unidades de atenção básica em saúde tem se ampliado significativamente. Em menos de dois anos houve aumento de quase 52%, conforme indicam os dados da Tabela 18. Em março de 2009, 19% de TO que trabalhavam em serviços públicos estavam alocados em unidades de atenção básica.

Tabela 18 - Relevância e aumento do número de terapeutas ocupacionais em unidades de atenção básica em saúde no Brasil - de agosto de 2007 a março de 2009

Período	No Brasil (n)	Em serviços públicos (n)	Em unidades de atenção básica (n)
Agosto de 2007	6327	3492	542
Março de 2009	7934	4393	823

FONTE: Datasus (2009a).

São Paulo é o município que mais concentra TO em unidade de atenção básica em saúde e o que mais incorporou esse profissional neste contexto. Em menos de dois anos houve aumento de 150% no número de TO, conforme Tabela 19.

Tabela 19 - Aumento do número de terapeutas ocupacionais em unidades de atenção básica por municípios com maior incidência desse profissional no nível assistencial citado - de agosto de 2007 a março de 2009

Período	São Paulo (n)	Belo Horizonte (n)	Campinas (n)
Agosto de 2007	52	34	29
Março de 2009	129	64	33

FONTE: Datasus (2009a).

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde informa que, no município de São Paulo, há 577 postos ou centros de saúde e unidades básicas (Datasus, 2009c). Desconsiderando 179 dessas unidades por serem alocadas em

hospitais ou por serem CECCO ou AMA, há 397 UBS. Se cada uma das 129 TO que estão em unidade de atenção básica em saúde na cidade de São Paulo estivessem em uma UBS, isso corresponderia a presença desse profissional em 32,5% das UBS.

O aumento de terapeutas ocupacionais em unidades de atenção básica é resultado de um processo contínuo do SUS para facilitar o acesso das populações com dificuldades de usufruir deste sistema de saúde e para ampliar a integralidade do cuidado. Na década de 1990, terapeutas ocupacionais foram contratados para trabalharem em UBS para desenvolveram ações de saúde mental e posteriormente de atenção às pessoas com deficiência. No ano de 2008, a necessidade de atenção às pessoas com deficiência no nível primário é confirmada com a criação dos NASF e com isso são incorporados mais TO nas unidades de atenção básica. Mesmo antes dos NASF, os TO já têm desenvolvido experiências em unidades de atenção básica em saúde. Essa pesquisa descreveu o processo de trabalho de TO em UBS para que pudéssemos discutir suas principais determinações, potencialidades e limites para oferecer uma atenção em saúde na atenção básica, que contribua com a qualidade de vida das pessoas com deficiências.

Partimos do pressuposto que os atributos da atenção primária em saúde são princípios presentes nos processos de trabalho do terapeuta ocupacional, como de qualquer profissional que trabalhe nesse nível de atenção. Essa dissertação descreveu os instrumentos utilizados por TO para promover os atributos da atenção primária, os principais objetos de intervenção (aspectos trabalhados) e discutiu os principais determinantes dos processos de trabalho em saúde nesse contexto.

Consideramos que um dos determinantes para prática de TO é a formação e o percurso profissional. A formação e a valorização financeira para atuação em

unidades de atenção básica em todo o mundo são colocadas como estratégias para que mais profissionais se interessem por esse nível de atenção. Os dados dessa pesquisa para caracterização do percurso e formação profissional dos TO indicam que muitos buscaram se capacitar para atuação na saúde pública em cursos de especialização. Outras pesquisas poderiam ser realizadas para levantar o conteúdo desses cursos e como a atenção básica em saúde tem sido focada. Os cursos oferecidos pela prefeitura que os terapeutas participaram estão, em sua maior parte, focados no aprendizado de técnicas específicas e não na discussão dos princípios do SUS, das estratégias para promovê-los ou dos desafios do atendimento de populações específicas. Considera-se que a técnica seria suficiente para oferecer uma atenção de qualidade, independentemente, de uma proposta organizacional regida por princípios compartilhados pelos profissionais do SUS. Essa formação deveria ser de responsabilidade da educação continuada oferecida pelo SUS, mas também da graduação e/ou especialização dos profissionais de saúde.

Atualmente, os terapeutas ocupacionais estão inseridos em três tipos de estrutura organizacional de atenção básica em saúde: a UBS tradicional, a UBS com ESF e o NASF. É necessário discutir como cada tipo de serviço pode contribuir para atender pessoas com deficiência agregando a potência de TO já inseridos nos serviços àqueles recém contratados pelos NASF. As UBS tradicionais, principalmente, carecem de uma proposta e de uma discussão sobre suas atribuições, como se não tivessem como contribuir enquanto não forem “promovidas” com a ESF. O NASF pode se defrontar com o mesmo limite apontado por terapeutas ocupacionais em UBS na década de 1990, conforme identificado nesta pesquisa e discutido por Oliver (1998) e Lopes (1999), a falta uma política assistencial clara

constituída também por atribuições gerais e específicas para as categorias profissionais em ações de saúde mental e de reabilitação.

Observamos em nossa pesquisa que a falta de uma proposta de trabalho nas UBS tradicionais leva a grande autonomia dos TO para estruturarem seus serviços, a dificuldade de articulação do trabalho com o restante da unidade e um trabalho sob responsabilidade exclusiva do TO e não da unidade de saúde. As TO que estão em UBS tradicionais têm mais autonomia para decidir que população terá acesso aos seus serviços do que aqueles TO que estão em UBS com uma proposta mais específica de reabilitação, sendo que essas últimas promovem mais acesso às pessoas com deficiência. As TO acompanhadas pela pesquisa que estão em UBS com ESF apresentaram um trabalho mais integrado com a unidade. Entretanto, o trabalho nas duas unidades com ESF não se mostrou homogêneo, mas estruturado a partir de propostas específicas de reabilitação em cada UBS, com equipes e cobertura populacional distintas. Conseqüentemente, o trabalho de reabilitação, assim como as ações de terapia ocupacional na atenção às pessoas com deficiência, é de difícil comparação.

A diversidade de propostas torna o trabalho dos TO na atenção às pessoas com deficiência invisível para gestores da SMS, mas também possibilita uma riqueza de estratégias no trabalho. É preciso discutir que estratégias possibilitam um melhor atendimento às pessoas com deficiência e disseminá-las para criar diretrizes assistenciais mais comuns para o trabalho. As diferenças deveriam surgir para responder às especificidades de cada serviço a partir de um trabalho em andamento e não de pela falta de diretrizes assistenciais.

As propostas de reabilitação nas UBS com ESF mostraram duas possibilidades de um trabalho amplo de atenção primária. As TO das UBS tradicionais têm iniciativas insipientes, mas condizentes com os atributos da atenção primária em saúde. Seria necessária uma estrutura organizacional que potencializasse suas ações.

A continuidade do atendimento ao longo do tempo é um atributo da atenção primária em saúde, essencial para atenção às pessoas com deficiência. Diferentes necessidades podem surgir durante o ciclo de vida e envolvem, por exemplo, a inclusão escolar, no trabalho e as adaptações nos cuidados de vida diária. A determinação, porém, que o profissional de referência para dar continuidade ao atendimento deve ser de um membro da equipe ESF deve ser alvo de reflexão. Isso porque, muitas vezes, a população com deficiência é atendida mais vezes pelo TO do que pelo membro da equipe ESF. Isso cria uma relação de vínculo maior com o TO, ou com outros integrantes da equipe de reabilitação existentes, que configuram um recurso essencial para continuidade e responsabilização por demandas de saúde da população com deficiência.

As diferentes formas de entender a proposta do NASF incluem o trabalho em equipe a partir do matriciamento, que é uma estratégia de capacitação das ESF para que essas ofereçam atenção ao longo do tempo para a população com deficiência. Embora esse recurso responsabilize as ESF pelo cuidado ao longo do tempo da população com deficiência, sua eficiência e eficácia deverão ser avaliadas, já que observamos uma forte relação interpessoal entre paciente e TO que possibilita a continuidade e a coordenação das demandas dessa população.

Por outro lado, o grande desafio para integralidade na atenção às pessoas com deficiência é entender quais problemas devem ser encaminhados e para quais deve existir uma proposta na unidade de atenção básica em saúde. Observamos que os TO trabalham com os elementos da função e estrutura corporal porque a deficiência se configura a partir da alteração do que é considerado "normal" nesses elementos. Entretanto, nem sempre são esses elementos que sofrem intervenção. Em muitos casos a participação social, as relações interpessoais familiares ou com profissionais do setor educacional foram considerados prioritários inclusive para promover melhor funcionalidade dos pacientes. Essas intervenções são mais reconhecidas como elementos de intervenção específicos da atenção básica em saúde para os TO observados do que a função e estrutura corporal. Seria interessante o desenvolvimento de estudos sobre como os diferentes níveis de atenção em saúde trabalham os elementos função e estrutura, assim como os fatores contextuais.

É preciso discutir também o quanto as unidades de atenção básica em saúde, como estão estruturadas, têm recursos para interferir na complexidade da alteração das estruturas e funções corporais, e em que circunstâncias. As perdas funcionais estabelecidas e cronificadas levam uma das TO a encaminhar pessoas com deficiência para outro nível de atenção, e responsabilizar esse nível pelo acompanhamento da pessoa. Outras duas TO encaminham o paciente para outros serviços de saúde mais especializados, mas continuam atendendo para acompanhar o cuidado em saúde. Para as TO que trabalham com ESF há uma tendência de realizarem grande parte das intervenções. Quatro TO estão disponíveis para atender pessoas com condições cronificadas ao longo do tempo sendo que duas não estão certas se essa é uma tarefa da atenção básica em saúde ou como seria possível

aperfeiçoar o serviço a essa população. Seria necessário promover estratégias de atendimentos e de encaminhamentos mais claros.

O desafio da integralidade das ações de saúde às pessoas com deficiência se encontra em dois níveis. O primeiro é a da integralidade no oferecimento de serviços na própria unidade de atenção básica em saúde, que deve identificar as necessidades mais freqüentes e relevantes da população com deficiência. O segundo é o encaminhamento para outros níveis de atenção e seguimento do cuidado a partir da coordenação.

A coordenação é o acompanhamento das informações dos atendimentos realizados na unidade, dos encaminhamentos e seus desdobramentos. Os instrumentos para isso são as fichas de encaminhamento e o prontuário. Os médicos utilizam os prontuários para anotar aspectos relevantes durante a consulta. Para o TO esse é um recurso limitado dada a dinâmica de atendimento que envolve muitas vezes a realização de atividades por pessoas com grandes dificuldades físicas, emocionais ou cognitivas que precisam de suportes. A superação dessa limitação poderia ser alcançada a partir da destinação de um tempo sistemático antes e/ou depois da consulta que possibilitasse ler os prontuários e anotar questões relevantes sem que isso prejudique o atendimento de TO.

As atividades utilizadas para captar e intervir nas habilidades e dificuldades cognitivas, perceptivas e motoras foram variadas. A escolha dessas atividades é determinada pelas possibilidades dos pacientes e seus desejos, pela disponibilidade de materiais, pelas questões que podem ser mobilizadas e pela necessidade de fortalecimento do vínculo com o terapeuta. Com essa diversidade não é possível a aplicação de avaliações fechadas, porém, alguns roteiros mais amplos, tanto de

avaliação como para o relato dos atendimentos, poderiam facilitar os registros das anotações. Uma seqüência pré-determinada na apresentação do prontuário poderia melhor localizar o leitor na busca de informações.

Para os encaminhamentos seria necessário discutir como possibilitar a comunicação entre os profissionais que não dependa exclusivamente da motivação desses e de suas insistências para conseguir informações e realizar a coordenação do cuidado do paciente, ou seja, como articular o trabalho em equipe, questão essencial para a integralidade do cuidado.

A centralidade na família esteve presente não só no trabalho das TO em UBS com ESF, mas também no trabalho das TO em UBS tradicionais pesquisadas. Todas as TO consideram o contexto e dinâmica familiar para avaliar como responder às necessidades da pessoa com deficiência. A intervenção na família teve o objetivo de melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência, principalmente no aspecto relação interpessoal. Seria interessante uma discussão sobre o papel do TO para com a saúde de toda a família. A intervenção na família deve ocorrer apenas quando for constatado que esta interfere na funcionalidade da pessoa com deficiência? Ou quando forem constatados outros problemas de saúde de seus familiares? Se essa última pergunta tiver uma resposta afirmativa, em que aspectos dos problemas de saúde dos membros da família cabem a intervenção dos TO?

Uma prática de TO orientada para comunidade deveria estar apoiada em ações para promover a participação da população na discussão dos problemas de saúde e na elaboração de respostas para estes com a utilização dos recursos da própria região. A participação comunitária e a utilização de seus recursos foram reconhecidas pelas TO como instrumentos importantes da atenção básica em saúde, e

estas buscam desenvolvê-los nos seus trabalhos. O planejamento local na atenção às pessoas com deficiência, porém, fica dependente das próprias percepções dos terapeutas. Para o planejamento dever-se-ia estabelecer diretrizes de política assistencial a partir de levantamento de dados sobre as necessidades das populações atendidas, organização das ações, desenvolvimento e avaliação e mudança de ações. Em três serviços acompanhados por essa pesquisa as necessidades das pessoas atendidas não são coletadas para integrar um sistema de informações. Nos outros dois serviços essas informações são levantadas pelos próprios profissionais, a partir de dados que seus serviços particulares julgam como relevantes e que são utilizados para que eles mesmos planejem e avaliem suas ações. Se as informações coletadas abastecessem banco de dados, poder-se-ia fornecer elementos para caracterizar as necessidades em saúde das pessoas com deficiência e as ações desenvolvidas junto a essa população.

Esperamos que os achados dessa pesquisa contribuam para uma melhor atenção às pessoas com deficiência por meio do entendimento dos objetos de trabalho do terapeuta ocupacional e instrumentos organizacionais utilizados que refletem saberes reconhecidos como importantes para esse profissional. Conhecer o que, como e por que se faz, possibilita um questionamento sobre possibilidades e limites de processos de trabalho em andamento que buscam oferecer atenção às pessoas com deficiência. Esse conhecimento potencializa a atenção básica em saúde como instrumento de acesso a um direto fundamental: o cuidado à saúde.

9. ANEXOS

ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para coordenador da área temática saúde da pessoa com deficiência na SMS-PMSP

Viemos por meio desta, apresentar o projeto de pesquisa sob o título: "Prática assistencial do terapeuta ocupacional em Unidade Básica de Saúde na atenção à pessoa com deficiência", que busca descrever a prática assistencial de terapeutas ocupacionais na atenção primária a essa população e contribuir na discussão sobre propostas de atenção no Sistema Único de Saúde.

Na pesquisa de campo busca descrever a prática assistencial estabelecendo a relação entre o saber instrumental e os momentos da prática (processo de trabalho), por meio da identificação de objetos, instrumentos e finalidades, a partir das ações desenvolvidas pelos profissionais nos serviços e das significações a elas atribuídas. Para isso utilizaremos como técnica de coleta de dados a observação participante e a entrevista.

Nosso universo de pesquisa empírica será os terapeutas ocupacionais que trabalham no município de São Paulo em Unidades Básicas de Saúde na atenção à saúde da pessoa com deficiência. Optamos por esse contexto de recorte do universo de pesquisa porque o terapeuta ocupacional faz parte da equipe de profissionais de reabilitação e há pouca pesquisa sobre suas ações nesta área de atenção no SUS, a atenção primária tem sido muito discutida como base fundamental de ações às populações com deficiência e a UBS é o local por excelência deste nível de atenção,

Acreditando que esta pesquisa contribui para o reconhecimento do trabalho assistencial de terapeutas ocupacionais no SUS e para discussão e proposta de modelos de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial na atenção primária, solicitamos à coordenação da área técnica de Saúde da Pessoa com deficiência, a permissão para o desenvolvimento da pesquisa e apoio frente a profissionais que participarão da pesquisa e seus gerentes.

Eu, _____, RG_____, estou ciente da pesquisa apresentada e apoio o seu desenvolvimento, conforme aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PMSP.

São Paulo, ...de...De 200...

_____
Assinatura da coordenadora

ANEXO B: Carta de solicitação da lista de terapeutas ocupacionais que trabalham em unidades básicas de saúde

São Paulo, 09 de janeiro de 2007.

A Coordenadora de Recursos Humanos da PMSP,

Venho, por meio desta, solicitar a relação dos nomes completos dos terapeutas ocupacionais que trabalham em unidades básicas de saúde (UBS) e seus respectivos locais de trabalho, se for possível.

Esse dado servirá, unicamente, para confecção de convites nominais aos terapeutas para participarem de uma pesquisa de pós-graduação denominada "Prática assistencial do terapeuta ocupacional em Unidade Básica de Saúde na atenção à saúde da pessoa com deficiência".

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal São Paulo - CEP (conforme anexo) e está cadastrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa - SISNEP. A declaração de aprovação do projeto está disponível para consulta na página www.saude.gov.br/sisnep

Desde já agradecemos a colaboração e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

_____

Vanessa Andrade Caldeira
Mestranda do programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação
RG 24 466 383 - X
Terapeuta Ocupacional Crefito-3 7003/TO
Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo
RF 743474.0.00
Unidade Básica de Saúde Capão Redondo
Telefone: 5870 7308/ Residencial: 3727 2087
Email: vanecald@gmail.com

ANEXO C: Carta, questionário e termo de consentimento enviado aos terapeutas ocupacionais

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional
Pós- graduação em Ciências da Reabilitação
Rua Cipotânea, nº. 51 – Cidade Universitária
CEP. 05360-160 – São Paulo – SP
Tel.(11) 3091-7457 – Fax. (11) 3091-7462
E-mail: centroto@usp.br

São Paulo, 17 de janeiro de 2007.

À terapeuta ocupacional da Unidade Básica de Saúde

Estamos convidando todos os terapeutas ocupacionais que trabalhem na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em Unidades Básicas para participarem de uma pesquisa. A primeira fase do estudo será realizada a partir de um questionário e busca caracterizar, de modo geral, o trabalho de terapeutas ocupacionais na atenção primária e localizar aqueles que trabalham na atenção à pessoa com deficiência para possível continuidade na pesquisa. Buscamos com isso, contribuir na discussão sobre propostas de atenção às pessoas com deficiência na atenção primária no Sistema Único de Saúde.

Caso você concorde em participar do estudo, segue em anexo, o termo de consentimento em que informamos detalhes sobre seu desenvolvimento, bem como o questionário, parte fundamental desta primeira etapa. Solicitamos que reenviem o questionário e o termo de consentimento assinado via malote para UBS Capão Redondo, Rua Comendador Santana, 774 – Jd. Boa Esperança - CEP: 05866-000, aos cuidados de Vanessa, até dia 17 de fevereiro ou assim que possível.
Desde já agradeço sua disponibilidade e participação.

Atenciosamente,

Vanessa Andrade Caldeira

QUESTIONÁRIO: "Prática assistencial do terapeuta ocupacional em UBS"
(utilize o verso se quiser fazer comentários sobre as questões)

Terapeuta ocupacional da Unidade Básica de Saúde de _____
Endereço da UBS_____no. _____
Telefone _____

I - DADOS DO PERCURSO PROFISSIONAL

1- Já trabalhou ou trabalha em outros lugares (fora da Prefeitura Municipal de São Paulo - PMSP) como terapeuta ocupacional – TO?
( ) Não
( ) Sim. Em que área(s) e/ou instituição? Permanece trabalhando?
_____
_____
_____
_____
2- Ano que entrou na prefeitura _____
3- Desde que ano está nesta Unidade Básica de Saúde - UBS _____
4- Cargo ou função que ocupa _____
5- Você sabe quando e por que a TO foi implantada neste local?
( ) Não
( ) Sim. Em que ano e por quê?
_____
_____
6- Na PMSP, sempre trabalhou em Unidade Básica de Saúde?
( ) Sim
( ) Não. Se não, em que outra(s) unidade(s) trabalhou e quanto tempo permaneceu?
( )hospital _____, ( )CECCO_____, ( )CAPS_____, ( ) CRST____,
( )Ambulatório de especialidades_____, ( )SAE/DST-AIDS_____,
( )outro(s)_____. Qual (is)?_____
Qual (is) o(s) motivo(s) da(s) mudança(s)?
_____
_____
_____
7- Você gostaria de trabalhar em outra unidade?
( ) Não. Por quê?_____
( ) Sim. Qual e por quê?
_____
_____
_____

II - FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1- Qual o nome da instituição de ensino onde fez a graduação?
_____
2- Qual ano de conclusão? _____

3- Fez ou faz pós-graduação
( ) Não.
( ) Sim. Se sim, qual área, onde e ano de conclusão:
( ) aprimoramento. Em _____
Onde_____ Ano de conclusão_____
( ) especialização. Em _____
Onde_____ Ano de conclusão_____
( ) mestrado. Em _____
Onde_____ Ano de conclusão_____
( ) doutorado. Em _____
Onde_____ Ano de conclusão_____
4- Fez ou faz curso(s) na área da saúde (promovidos ou não pela prefeitura)?
( ) Não. Por quê? _____
( ) Se sim, quais e em que ano e como contribuem ou não para seu trabalho?
_____
_____
_____
_____
_____
_____

III - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA UNIDADE
1- Qual a população que você atende **prioritariamente** nesta unidade?
( ) pessoas com deficiência. Quantas pessoas por semana aproximadamente?_____
( ) pessoas com sofrimento psíquico. Quantas pessoas por semana aproximadamente?_____
( ) outros. Quem?_____
2- Existem critérios de seleção?
( ) Não. Por quê?_____
( ) Sim. Se sim, quais?_____
3- Sua unidade é referência para algum programa específico (PSF, hanseníase, NIR...)?
( ) Não.
( ) Sim. Se sim, para qual (is) atividade(s) e qual (is) sua(s) região (ões) de abrangência?
_____
_____
Alguma(s) dessas referências inclui seu trabalho? Se sim, quais?
_____
4- A unidade tem agentes comunitários de saúde (ACS)?
( ) Não.
( ) Sim (PSF ou PACS). Você considera que eles realizam ações de reabilitação?
( ) Não. Por quê?_____
( ) Sim. Quais?
_____
_____
_____

5- Você participa do planejamento do trabalho da unidade?
( ) Não. Por quê?
_____
_____
( ) Sim. Quais?
( ) de todo o planejamento das atividades de trabalho da unidade. Qual a freqüência das reuniões de discussão (toda semana, a cada 15 dias, todo mês, 1 vez a cada 2 meses...): _____
( ) só do planejamento dos programas, projetos e atividades que você participa diretamente. Qual a freqüência das reuniões de discussão: _____
( ) das reuniões de equipe. Qual a freqüência?_____.
Quais profissionais que participam das reuniões de equipe?
_____
_____
6- Você participa de reuniões de planejamento (ou de supervisão) da região de saúde, distrito, da secretaria? Em que temas? Qual a freqüência?
_____
_____
_____
7- Como você avalia esses planejamentos e reuniões tanto na unidade como fora dela?
_____
_____
_____

IV - PRÁTICA PROFISSIONAL
1- Escreva o nome das atividades (atendimentos, grupos, reuniões...) que realiza tanto dentro da Unidade como fora dela e seus respectivos tempo de duração:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta

2- Descreva as atividades de trabalho destacadas na rotina semanal (população atendida, número aproximado de participantes, tempo de duração, objetivos, profissionais participantes...). Essas atividades fazem parte de um projeto ou programa? (utilize o verso se necessário)

3- Apresente também ações esporádicas ou com outras freqüências (quinzenal, mensal, ou atividades realizadas apenas uma vez...):-

4- Quais as principais dificuldades que encontra no seu trabalho?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5- Qual (is) das atividades de trabalho você tem mais prazer em fazer e por quê?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6- Do seu ponto de vista, quais as contribuições da terapia ocupacional para as atividades assistenciais realizadas pela unidade e para população que atende?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

CONVITE

Como esta pesquisa está levantando informações gerais sobre o trabalho assistencial desenvolvido pelos terapeutas ocupacionais nas UBS em SMS, será necessário aprofundar o levantamento de dados sobre esse tema. Assim, após os questionários será realizado um quadro traçando um perfil geral das atividades e experiências realizadas. Se seu perfil profissional for selecionado, você concordaria em receber a pesquisadora para acompanhar uma semana do seu trabalho e participar de uma entrevista?

( ) Não. Se não, agradecemos sua participação nesta fase da pesquisa respondendo esse questionário.

( ) Sim. Se sim, deixe um telefone, e-mail e/ou endereço para contato

_____

Agradecemos a continuidade de sua participação. Aguarde que entraremos em contato.

Vanessa Andrade Caldeira

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Decreto no. 93.933 de 14/01/1987 – Resolução CNS no. 196/96)
Para os profissionais - questionário

A pesquisa **"Prática assistencial do terapeuta ocupacional em Unidade Básica de Saúde na atenção à Pessoa com Deficiência"** tem como objetivo caracterizar a prática assistencial de terapeutas ocupacionais na atenção primária às pessoas com deficiência. Nesta primeira fase da pesquisa convidamos todos os terapeutas ocupacionais que trabalhem em Unidades Básicas de Saúde para participarem respondendo um questionário para caracterização geral do trabalho de terapeutas ocupacionais na atenção primária.

Comprometemo-nos a assegurar o anonimato do profissional, assim como de sua instituição, e resguardar o direito dos participantes de se retirarem da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos de qualquer natureza. A pessoa terá liberdade para responder às questões que considerar adequada e estará garantido o seu direito a não responder àquelas que considerarem inadequadas. Os profissionais participantes da pesquisa terão acesso às informações levantadas a qualquer momento da pesquisa e serão convidados para apresentação final de seus resultados. As informações colhidas não oferecem riscos ou danos à saúde, à privacidade ou à integridade do profissional.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética e cadastrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa - SISNEP. A declaração de aprovação do projeto está disponível para consulta na página www.saude.gov.br/sisnep Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos deste estudo, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 2º andar. Telefone: 3218-1013, e-mail:smscep@prefeitura.sp.gov.br. Qualquer dúvida ou esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa entrar em contato com a pesquisadora: Vanessa Andrade Caldeira (CREFITTO-3 No.7003/TO, RG 24.466.383-X), Unidade Básica de Saúde Capão Redondo - Rua Comendador Santana, 774 – CEP: 05866-000, tel.: (011) 5870 7308, e-mail vanecald@gmail.com ou com a orientadora da pesquisa**:** Fátima Corrêa Oliver (CREFITTO-3 No.455/TO, RG 8.588.523), Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Rua Cipotânea, 51 - CEP: 05360-160, tel.: (011) 3091 7454, e-mail fcoliver@usp.br

Identificação do participante:

NOME: .....

Nº. DO RG: .....No. CREFITTO: .....

DATA DE NASCIMENTO: ..... /..... /.....

ENDEREÇO:.....

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP:.....TELEFONE:.....EMAIL:.....

Eu, abaixo assinado, estou esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, sobre meus direitos e concordo em participar respondendo o questionário anexo.

_____
Assinatura do participante

São Paulo, ...de.....De 200...

ANEXO E: Termos de consentimentos para observação e entrevista – para terapeuta ocupacional e pacientes observados

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Decreto no. 93.933 de 14/01/1987 – Resolução CNS no. 196/96)
Para profissionais – observação e entrevista

A pesquisa **"Prática assistencial do terapeuta ocupacional em Unidade Básica de Saúde na atenção à pessoa com deficiência"** busca descrever a prática assistencial de terapeutas ocupacionais na atenção primária a essa população e contribuir na discussão sobre propostas de atenção no Sistema Único de Saúde. Para isso, observaremos cinco dias de trabalho do terapeuta ocupacional e realizaremos uma entrevista. Comprometemo-nos a assegurar o anonimato do profissional participante, assim como de sua instituição, e resguardar o direito de se retirarem da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos de qualquer natureza. A pessoa terá liberdade para responder as questões que considerar adequada, e estará garantido o seu direito a não responder aquelas que considerarem inadequadas. Os profissionais participantes da pesquisa terão acesso às informações levantadas nas observações e na entrevista durante o estudo, e serão convidados a participarem da apresentação final dos resultados e conclusões da pesquisa. Essas informações não oferecem riscos ou danos à saúde, à privacidade ou à integridade do profissional.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética e cadastrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa - SISNEP. A declaração de aprovação do projeto está disponível para consulta na página www.saude.gov.br/sisnep Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos deste estudo, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 2º andar. Telefone: 3218-1013, email: smscep@prefeitura.sp.gov.br Qualquer dúvida ou esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa entrar em contato com a pesquisadora: Vanessa Andrade Caldeira (CREFITTO-3 No.7003/TO, RG 24.466.383-X), Unidade Básica de Saúde Capão Redondo - Rua Comendador Santana, 774 – CEP: 05866-000, tel.: (011) 5870 7308, e-mail vanecald@gmail.com ou com a orientadora da pesquisa**:** Fátima Corrêa Oliver (CREFITTO-3 No.455/TO, RG 8.588.523), Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Rua Cipotânea, 51 - CEP: 05360-160, tel.: (011) 3091 7454, e-mail fcoliver@usp.br

Identificação do participante:

NOME: .....

Nº. DO RG: ..... DATA DE NASCIMENTO: ..... /..... /.....

ENDEREÇO:.....

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP:.....TELEFONE:.....EMAIL:.....

Eu, abaixo assinado, estou esclarecido sobre os objetivos do estudo, sobre meus direitos e concordo em participar das observações de meus atendimentos pela pesquisadora.

São Paulo, ...de.....de 200...

_____	_____
Assinatura do participante	Ciência do gerente da unidade

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Decreto no. 93.933 de 14/01/1987 – Resolução CNS no. 196/96)
Para Pacientes - Observação

A pesquisa **"Prática assistencial do terapeuta ocupacional em Unidade Básica de Saúde na atenção à pessoa com deficiência",** busca descrever a prática assistencial de terapeutas ocupacionais na atenção primária a essa população e contribuir na discussão sobre propostas de atendimentos no Sistema Público.

Informamos que a pesquisa será realizada por meio da observação dos atendimentos em que atuam os terapeutas ocupacionais. Comprometemo-nos a assegurar o anonimato do paciente, assim como de sua família ou acompanhantes, e resguardar o direito dos participantes de se retirarem da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos de qualquer natureza. A pessoa terá liberdade de permitir ou não a presença da pesquisadora nos atendimentos, de responder às questões que considerar adequadas, de acessar a qualquer momento as anotações feitas pela pesquisadora sobre seu atendimento e de recusar a inclusão da observação nas discussões da pesquisa, se assim o paciente se manifestar. As informações anotadas e a participação da pesquisadora nos atendimentos não irão oferecer riscos ou danos à saúde, à privacidade ou à integridade do paciente e serão utilizadas unicamente para reflexões da pesquisa.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética e cadastrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa - SISNEP. A declaração de aprovação do projeto está disponível para consulta na página www.saude.gov.br/sisnep Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos deste estudo, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 2º andar. Telefone: 3218-1013, e-mail:smscep@prefeitura.sp.gov.br. Qualquer dúvida ou esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa entrar em contato com a pesquisadora: Vanessa Andrade Caldeira (CREFITTO-3 No.7003/TO, RG 24.466.383-X), Unidade Básica de Saúde Capão Redondo - Rua Comendador Santana, 774 – CEP: 05866-000, tel.: (011) 5870 7308, e-mail vanecald@gmail.com ou com a orientadora da pesquisa**:** Fátima Corrêa Oliver (CREFITTO-3 No.455/TO, RG 8.588.523), Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Rua Cipotânea, 51 - CEP: 05360-160, tel.: (011) 3091 7454, e-mail fcoliver@usp.br

Identificação do ( ) participante ou ( ) responsável:
NOME: .....
Nº. DO RG: ..... DATA DE NASCIMENTO: ..... /..... /.....
ENDEREÇO:.....
BAIRRO:.....CIDADE:.....
CEP:.....TELEFONE:.....EMAIL:.....

Eu, abaixo assinado, estou esclarecido sobre os objetivos do estudo, sobre meus direitos e concordo em participar da pesquisa.

São Paulo, ...de.....de 200...

_____
Assinatura do paciente ou responsável

ANEXO G: Exemplo de Roteiro de Entrevista - TO3

1º. Atividade de prestação direta de serviço
Agenda de atendimento individual [*]

Atendimento na UBS; 2, 15, 16, 38
Avaliação na UBS; 9, 10,12, 19, 27, 28
Acompanhamento na UBS; 35, 37
VD para avaliação: 6, 8, 14, 17, 18, 22, 30, 33
VD para atendimento; 13, 31, 32, 36
VD para acompanhamento; 23, 24, 25, 26
Atendimento na creche; 1, 7
Intercorrências; 3, 4, 5, 34, 25, 38

"Desses tipos de atendimentos, eu gostaria que você escolhesse 1 de cada, que você ache que seja representativo do seu trabalho"

"Por que você escolheu esses?"

"Gostaria que você contasse o que tem realizado nesses atendimentos: que problemas você vê, que questões você têm trabalhado, objetivos e os resultados que você observa.

Grupos
Como você decidiu fazer os grupos de atividade corporal ou de relaxamento com a 3º. idade? Quais objetivos você tem? Que resultados você tem alcançado?

Como vocês decidiram fazer o grupo de atividade lúdica? Quais objetivos vocês têm? Que resultados vocês têm alcançado? O que vocês buscam quando realizam a reunião de equipe?

2º. Organização do processo de trabalho
1. Por quantas equipes de saúde da família você é responsável? Quantas equipes há em cada unidade? Quais dessas você participa sistematicamente da reunião de equipe?

2. Como vocês foram construindo a forma de organização do trabalho de vocês da forma que é hoje? O quanto à equipe de vocês tem autonomia para determinar essa organização.

3. Como vocês decidem qual profissional acompanhará os casos?

4. Há diversos tipos de atendimento que você faz... atendimento individual na unidade, em casa, na comunidade. Quais os elementos que levam você a decidir que tipo de atendimento fará?

[*] A agenda foi construída a partir das observações e apresenta os pacientes atendidos na semana pela TO3. Os números se referem à seqüência de pacientes atendidos. A agenda foi apresentada para a TO3 no momento da entrevista.

5. Quais os elementos que levam você a decidir qual a freqüência de atendimento de um paciente. Se vai ser semanal, quinzenal ou anual, por exemplo.

6. Quais os tipos de problemas mais comuns que você trabalha com os pacientes?

7. Que tipos de recursos ou instrumentos você utiliza?

8. Parece que o horário coringa é recente. Como surgiu a necessidade de criá-lo?

9. Quais os resultados que você identifica do seu trabalho?

10. Como você avalia o trabalho administrativo como deixar recados, anotar nos prontuários, manter a lista de pessoas com deficiência atualizada, preencher a produção diária e mensal.

12. O que você identifica como mais difícil no seu trabalho.

3º. Outras questões
Qual, você acha, que é o papel de um TO que atende na atenção básica?

Você gostaria de acrescentar algo na entrevista que ache importante que fique registrado sobre seu trabalho?

ANEXO H: Projeto aprovado pelos Comitês de Ética

ANEXO I: Categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade (OPAS, OMS, 2003)

PARTE 1. FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE

Funções do corpo (b):

Capítulo 1. Funções mentais
Capítulo 2. Funções sensoriais e dor
Capítulo 3. Funções da voz e a fala
Capítulo 4. Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório
Capítulo 5. Funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino
Capítulo 6. Funções geniturinárias e reprodutivas
Capítulo 7. Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento
Capítulo 8. Funções da pele e estruturas relacionadas

Estruturas do corpo (s):

Capítulo 1. Estrutura do sistema nervoso
Capítulo 2. Olho, ouvido e estruturas relacionadas
Capítulo 3. Estruturas relacionadas à voz e à fala
Capítulo 4. Estruturas dos sistemas cardiovascular, imunológico e respiratório
Capítulo 5. Estruturas relacionadas ao sistema digestivo, metabólico e endócrino
Capítulo 6. Estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo
Capítulo 7. Estruturas relacionadas ao movimento
Capítulo 8. Pele e estruturas relacionadas

Atividades e participação (d)

Capítulo 1. Aprendizagem e aplicação do conhecimento
Capítulo 2. Tarefas de demandas gerais
Capítulo 3. Comunicação
Capítulo 4. Mobilidade
Capítulo 5. Cuidado pessoal
Capítulo 6. Vida doméstica
Capítulo 7. Relações e interações interpessoais
Capítulo 8. Áreas principais da vida
Capítulo 9. Vida comunitária, social e cívica

PARTE 2. FATORES CONTEXTUAIS

Fatores ambientais (e):

Capítulo 1. Produto e tecnologia
Capítulo 2. Ambiente natural e mudanças feitas pelo ser humano
Capítulo 3. Apoio e relacionamentos
Capítulo 4. Atitudes
Capítulo 5. Serviços, sistemas e política

10. REFERÊNCIAS

Almeida MC, Oliver FC. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a Terapia Ocupacional. In: Carlo MMRP, Bartalotti CC (org). *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas.* São Paulo: Plexus Editora; 2001.

Almeida MC, Tissi MC, Oliver FC. Deficiência e atenção primária em saúde: do conhecimento à intervenção. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2000; 11(1): 33-42.

Alonso CMC. O processo de trabalho de uma equipe de reabilitação do Programa Saúde da Família da cidade de São Paulo [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007; Goiás: Goiânia.

Alves MA, Prates AN, Vale LL, Ayres SP. Formação do terapeuta ocupacional [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007; Goiás: Goiânia.

Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação na atenção básica em saúde.* Brasília: DF; 2005b. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família.* Brasília: DF; 2004. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_normativa_psf.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família.* Documento Técnico. Brasília: DF; 2005a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a grupos especiais. Programas de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência. *Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização dos serviços.* Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria n.154 de 24 de janeiro de 2008. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2008 25 jan.; Seção 1:47.

Brasil. Ministério da Saúde. *Documento final da comissão de avaliação da atenção básica.* Brasília: DF; 2003. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: DF; 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência [CD-ROM]. *O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios*. Brasília: DF; 2005c.

Caldeira VA, Oliver FC. Reflexões sobre processo de trabalho de terapeutas ocupacionais na atenção à saúde da pessoa com deficiência [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007; Goiás: Goiânia.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas *Ciênc. saúde coletiva.* 2000; 5(2).

Cardoso B, Carretta RYD. Terapia ocupacional no programa de saúde da família – a construção de um campo de ação social na perspectiva da atenção primária [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007; Goiás: Goiânia.

Coffito. *Reunião do Sistema Coffito/Crefitos.* Brasília: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Atualizada em: 2007 set 14; acesso em: 2009 jan 05. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_print.asp?cod=743&psecao=7

Crefito-3. *Definição de fisioterapia.* São Paulo: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-3; acesso em: 2009a maio 26. Disponível em: http://www.crefito.com.br/home_site/pdf/definicao.pdf

Crefito-3. *Definição de terapia ocupacional*. São Paulo: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 3; acesso em: 2009b maio 26. Disponível em http://www.crefito.com.br/home_site/pdf/definicao_to.pdf

Datasus. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Ficha do estabelecimento de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Atualizado em 2009 10 maio, acesso em: 2009b 26 maio. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0

Datasus. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Recursos humanos da rede assistencial.* Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Atualizado em 2009 10 maio, acesso em: 2009a 26 maio. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B376C3D0E0F359G103H0I1Jd3L23M0N&VInclude=../site/infsaude1.php&lista=op1&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/proc02

Datasus. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Tipos de unidades básicas.* Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Atualizado em 2009 10 maio, acesso em: 2009c 26 maio. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=35&VMun=355030

Denzin N, Lincoln Y. *O planejamento da pesquisa qualitativa.* São Paulo: ArtMed; 2006.

Egry EY, Antunes MJM, Sena-Chompre RR, Almeida MCP, Silva IA. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: experiência brasileira. In: Chianca TCM, Antunes MJM. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999.

Figueiredo LRU, Souza GFO, Craco PF. Terapia ocupacional e fisioterapia na equipe multidisciplinar de um PSF [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007; Goiás: Goiânia.

Franco TB. Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2º Edição. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, et al. (orgs) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. RJ/SP: Fiocruz/CEBES; 2009.

Lopes RE. Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no município de São Paulo [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 1999.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. Série Textos, n.1. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; 1992.

Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde:* Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.

Merhy E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2000; 6.

Moraes BM, Muniz VM, Nogueira JR. Equipe de reabilitação e inclusão social na atenção básica: um trabalho conjunto da terapia ocupacional com a fisioterapia e serviço social no município de Sobral [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007; Goiás: Goiânia.

Nallin A. *A reabilitação em instituições: suas razões e procedimentos.* Análise de representação do discurso. Brasília: CORDE; 1994.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.* São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hucitec; 2000.

Oliver FC, Almeida MC, Tissi MC, Castro LH, Formagio S. Reabilitação baseada na comunidade – discutindo estratégias de ação no contexto sócio-cultural. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 1999; 10(1): 1-10.

Oliver FC, Almeida MC. Reabilitação baseada na comunidade. In: Cavalcanti A, Galvão C. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Oliver FC. Saúde Mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do

município de São Paulo (1989-1995) [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS) , Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF. [Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.

Othero MB, Dalmaso ASW. Atenção primária e saúde da pessoa com deficiência – reflexões sobre o papel da unidade básica de saúde [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007; Goiás: Goiânia.

Peña YF. *O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da seguridade social do México* [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.

Rocha EF, Shimizu PN, Barrales LM. Estágio de terapia ocupacional no programa da saúde da família: reflexões sobre uma parceria didático-assistencial entre o REATA/USP e o PSF/QUALIS-SP. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2002; 13(3).

Rocha EF. Experiências em reabilitação: discutindo a organização de serviços e os modelos assistenciais. In: Rocha EF. *Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão.* São Paulo: Roca; 2006.

São Paulo. Secretaria da Saúde. *1º. Caderno de apoio ao acolhimento.* São Paulo: São Paulo; 2003.

São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenadorias regionais de saúde e supervisões técnicas de saúde. In: Boletim da coordenação de epidemiologia e inforação (CEinfo) em Dados. São Paulo: São Paulo; julho de 2007a.

São Paulo. Secretaria da Saúde. *Diretrizes da área temática de saúde da pessoa com deficiência.* São Paulo: São Paulo; 2004.

São Paulo. Secretaria da Saúde. Estimativa populacional por faixa etária e sexo. In: Boletim da coordenação de epidemiologia e informação (CEinfo) em Dados. São Paulo: São Paulo; julho de 2007b.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.* São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hucitec; 2000.

Silva DB. A atuação do terapeuta ocupacional junto ao agente comunitário de saúde, voltada à saúde do trabalhador [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007a; Goiás: Goiânia.

Silva DB. A contribuição do terapeuta ocupacional no atendimento à população em unidade de saúde da família [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007b; Goiás: Goiânia.

Soares LBT. História da Terapia Ocupacional. In: Cavalcanti A, Galvão C. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Souza CCBX, Rocha EF. O PSF vivido e o pensado: leitura dos usuários com deficiência e familiares sobre o acesso ao serviço de reabilitação no PSF/Qualis – Fundação Zerbini São Paulo [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2007; Goiás: Goiânia.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Toldrá RC, Mulati D, Rafacho AM, Tamura RAI. Reabilitação baseada na comunidade e suas aproximações com outros movimentos da saúde [CD-ROM]. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional. Goiânia, GO, 2007.

Universidade de São Paulo (USP). Terapia ocupacional. Atualizado em 2007, 24 julho 2007, acesso em: 2009, 26 maio. Disponível em: www.fm.usp.br/to