

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

BIANCA GONÇALVES DE CARRASCO BASSI

**TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SÃO CARLOS: UM ENFOQUE NAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E NAS
PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL**

**SÃO CARLOS
2012**

BIANCA GONÇALVES DE CARRASCO BASSI

**TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SÃO CARLOS: UM ENFOQUE NAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E NAS
PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, Linha de Pesquisa “Redes Sociais e Vulnerabilidade” sob a orientação da Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano.

**SÃO CARLOS
2012**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

C313to

Carrasco-Bassi, Bianca Gonçalves de.

Terapia ocupacional na atenção básica em saúde no município de São Carlos : um enfoque nas pessoas com deficiência e nas pessoas com sofrimento mental / Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi. -- São Carlos : UFSCar, 2012.

134 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

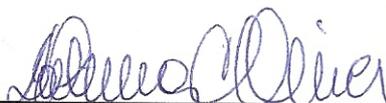
1. Terapia ocupacional. 2. Atenção primária à saúde. 3. Pessoas com deficiências. 4. Transtornos mentais. I. Título.

CDD: 615.8515 (20^a)

FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA
BIANCA GONÇALVES DE CARRASCO BASSI, DEFENDIDA PUBLICAMENTE
EM 24 DE FEVEREIRO DE 2012.



Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver
Universidade de São Paulo / USP



Profa. Dra. Roseli Esquerdo Lopes
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Homologado na CPG-PPGTO na
_____ª Reunião no dia
____/____/____

Por todo amor que houver nessa vida... e depois dela
Para minha avó Farailde Gonçalves (in memoriam)

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Para Deus e à Santa Terezinha, pela vida, saúde, força, fé e amor.

Para minha orientadora, Ana Paula Malfitano, pela aposta em mim e pela paciência com a minha necessidade de conciliar a elaboração desse estudo com a tarefa de ser mãe e de novos horizontes profissionais.

À Roseli Lopes pela inspiração, apoio e estímulo em todas as fases de elaboração desse estudo e em minha trajetória como terapeuta ocupacional.

À Fátima Oliver pela inestimável colaboração na qualificação e defesa dessa pesquisa.

À memória de Maria Gorette do Nascimento, por me ensinar tanto com sua luta diária pela vida e contribuição com essa pesquisa.

Aos docentes suplentes da banca de qualificação e defesa: Eucenir Rocha e Thelma Matsukura.

Às usuárias, que me inspiraram e ajudaram com esse estudo, meu muito obrigado, pela confiança e disposição em dividir comigo, momentos de vida.

Para todos os usuários e usuárias que acompanho ou acompanhei nesses 12 anos como terapeuta ocupacional, especialmente aqueles do CAPS II de São Carlos que durante 08 anos compartilharam comigo suas alegrias e tristezas.

Às terapeutas ocupacionais de São Carlos, atuantes na atenção básica em saúde, que me acompanham nessa jornada diária: Giseli Giovanette, Taís Quevedo, Bruna Rangel, Siliane Martinelli, Marcia Carneiro Cruz e Janaína Junqueira.

Aos alunos (as) da 1.º Turma de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar.

Aos colegas da Linha 02 (Redes Sociais e Vulnerabilidades) meus sinceros agradecimentos pelos momentos e reflexões compartilhadas. Sara, Paulo, Thaís, Marília e aqueles do Laboratório METUIA.

À Carol Beier Faria pelas parcerias que se iniciaram na sua pequena, porém intensa passagem por São Carlos.

Aos profissionais de saúde e gestores, colegas e colaboradores desse estudo, meus agradecimentos.

Para minhas amigas Taísa Ferreira e Ió Campos companheiras de reflexões e descobertas desde a época da graduação.

Às docentes, Marina Palhares, Thelma Matsukura e Cláudia Martinez, meus agradecimentos por me iniciarem no campo da pesquisa, ainda na graduação.

Aos colegas de trabalho na atenção básica em saúde, especialmente da USF Jardim Gonzaga e USF Cruzeiro do Sul (Equipe 1 e 2).

Aos alunos do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, especialmente as turmas de 2010 e 2011 que me acompanharam e acompanham nessa jornada pela atenção básica em saúde.

Ao Natanael Silva pela cooperação com esta pesquisa.

Aos auxiliares de pesquisa Pamela Bianchi, Monica Fejes e Guilherme Aguilhari, futuros terapeutas ocupacionais.

Às colegas do CAPS II e do NASF de São Carlos.

À Silmary Bertolani por me lembrar dos meus sonhos nos momentos em que pareciam impossíveis.

Para as amigas, Renata, Camila, Vivi, Michele, Claudia, Eliane e Lidi pela oportunidade de concretizar na prática, grande parte dos nossos ideais de um trabalho humanizado em saúde.

Às docentes do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, em especial Stella Nicolau, Patrícia Della Barba e Regina Joaquim, pelas parcerias.

Ao Mateus (in memoriam) e para a Vitória pelo prazer que descobri sendo madrinha deles.

Para a minha Tia Fátima Ciapina e para minhas madrinhas Gloria Leontina Borges e Maria Fernanda Alves Guimarães, pelo exemplo que são para minha formação pessoal e profissional.

Para todas as vidas que se entrecruzam com a minha, especialmente minha família, meu avô Aldo, minhas tias e tios, meus primos-irmãos Alexandre, Eduardo e Vitor, minhas lindas - Maria Gabriela e Maria Carolina, meus irmãos Omar e Carl, meu sobrinho Marcelo e meus sogros Getúlio e Marília.

À minha mãe, minha admiração e agradecimento pela vida, por me dar asas, ensinar a voar e esperar com braços abertos todos os retornos. Por todo amor, dedicação, compreensão e coragem, a mim dedicado. E, também, por ser direta e indiretamente responsável pela minha formação em Terapia Ocupacional.

Ao meu filho Caio por toda inspiração, pela deliciosa companhia nas madrugadas, pelos sorrisos, abraços, canções, brincadeiras e descobertas que partilhamos todos os dias.

Para o meu marido Ronan, com todo amor, meus agradecimentos, pelo incentivo a mim dedicado, por me ajudar a realizar meus maiores sonhos e pela compreensão com minha escassez de tempo.

E para você, que cresce no meu ventre, te espero com muita esperança, para enfim, mostrar-lhe o mundo.

RESUMO

BASSI, B.G. C. Terapia Ocupacional na Atenção Básica em Saúde no município de São Carlos: um enfoque nas pessoas com deficiência e nas pessoas com sofrimento mental.

Nos anos 2000, impulsionados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelos investimentos governamentais em seu entorno, emergiram reflexões ascendentes sobre a Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse contexto, o presente trabalho objetivou conhecer as políticas, as ações e as redes em saúde destinadas às pessoas com deficiência e às pessoas com sofrimento mental, no município de São Carlos, SP, problematizando o estudo no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Como recurso metodológico utilizou-se a análise documental, especificamente relatórios das conferências municipais de saúde e do plano municipal de saúde (2010-2013); e entrevista semiestruturada, com gestores municipais, profissionais de saúde tais como: terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e nutricionista, além de usuárias dos serviços, sendo elas pessoas com deficiência e pessoas com sofrimento mental. Buscou-se retratar o contexto microssocial local, tecendo conexões com o contexto macrossocial das políticas públicas brasileiras, na tentativa de fomentar diálogos com realidades de outros municípios de médio porte brasileiro. Foram realizadas 24 entrevistas, sendo 06 com gestores, 12 com profissionais de saúde (05 fisioterapeutas, 06 terapeutas ocupacionais, 01 nutricionista), e 06 com usuárias dos serviços (03 pessoas com deficiência e 03 pessoas com sofrimento mental). Os resultados mostram uma mudança em construção no paradigma da atenção em saúde do município, voltada ao modelo de vigilância em saúde com propostas de qualificação da APS, centrada na Estratégia Saúde da Família, visando à formação e articulação de uma Rede Escola de Cuidados à Saúde. No entanto, a inexistência de políticas e diretrizes municipais de cuidado, específicas para as pessoas com deficiência e para as pessoas com sofrimento mental, fragiliza o cuidado em saúde destinado para tais populações. A APS em São Carlos intenciona ser direcionada para o cuidado integral, entretanto, esse discurso, e o enfoque nas ações de promoção de saúde, determinam a não priorização de ações voltadas para demandas específicas e complexas como aquelas das pessoas com deficiência e das pessoas com sofrimento mental. Especificamente com relação aos terapeutas ocupacionais, os dados apresentam que as ações iniciais desses profissionais, recém-inseridos na APS em São Carlos, são voltadas em sua maioria para a saúde mental, porém notam-se também ações junto a outras populações. Esses profissionais atuam na APS, com propostas de promoção de saúde, prevenção de doenças, acolhimento e ações de reabilitação. Torna-se essencial que o terapeuta ocupacional na APS comprometa-se com os problemas e as necessidades concretas da população de cada território e com o papel social decorrente da sua atuação. Conclui-se que no cenário colocado pela Política de Atenção Básica no Brasil, sua institucionalização, convoca a construção de novos planos de cuidado em saúde e constantes reflexões teóricas para embasar as ações técnicas, especificamente voltadas para populações não tradicionalmente acolhidas nesse âmbito.

Palavras chaves: Políticas Públicas, Atenção Básica em Saúde, Terapia Ocupacional, Pessoas com deficiência, Pessoas com sofrimento mental, Redes de Atenção em Saúde.

ABSTRACT

BASSI, B.G.C. Occupational Therapy in Primary Health Care in the city of São Carlos: a focus on people with disabilities and people with mental disorder.

In years 2000, stimulated for the Strategy Health of the Family and for the governmental investments in its had emerged ascending reflections on the Primary Health Care. In this context, the objective work to know the politics, the actions and the nets in health destined to the people with deficiency and people with mental suffering, in the city São Carlos, SP, are problem of the study in the scope of the Primary Health Care. As methodology resource it was used documentary analysis, specifically reports of the municipal conferences of health and the municipal plan of health, and interview half structuralized with civic, professional managers of health, such as: occupational therapists, physiotherapists and nutritionist, beyond users of the services, people with deficiency or people with mental suffering. One searched to portray the local context, weaveing connections with the context of the Brazilian public politics, in the attempt to foment dialogues with realities of other cities of average Brazilian transport. 24 interviews, being 06 with managers, 12 with health professionals had been carried through (05 physiotherapists, 06 occupational therapists, 01 nutritionist), 06 with users of the services (03 people with deficiency and 03 people with mental suffering). The results show to a change in construction in the paradigm of the attention in health of the city, directed to the model of monitoring in health with qualification proposals of the Primary Health Care , centered in the Strategy Health of the Family, aiming at to the formation and joint of a Net School of Cares to the Health. However, the inexistence of politics and specific municipal lines of direction of care for the people with deficiency and the people with mental suffering, delicate the care in health destined for such populations. The Primary Health Care in São Carlos intention to be directed for the integral care, however, this speech, and the approach in the actions of promotion and prevention of health, determines not the priorities of actions come back toward specific and complex demands as those of the people with deficiency and the people with mental suffering. Specifically with regard to the occupational therapists, the data present that the initial actions of these professionals, just-inserted in the Primary Health Care, are come back in its majority toward the mental health, however also notice action next to other populations. These professionals act in the with Primary Health Care proposals of promotion of health, shelter and action of whitewashing. This professional in the becomes essential, that, commits itself to the problems and the concrete necessities of the population of each territory and to the social paper of its performance. He concludes yourself that in the scene placed for the Politics of Basic Attention in Brazil, its institutionalization convokes the construction of new plans of care in health and constants theoretical reflections to base the actions techniques, specifically come back toward not traditionally received populations in this scope.

Keywords: Public Policy, Primary Health Care, Occupational Therapy, People with disability, People with mental disorder, Networks in Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 01	Número de trabalhos selecionados na temática	26
Quadro 02	Principais momentos históricos da saúde do município de São Carlos	37
Quadro 03	Equipamentos da Rede de Atenção à Saúde de São Carlos	40
Quadro 04	Entrevistas realizadas com atores da pesquisa	42
Quadro 05	Usuárias participantes da pesquisa	43
Quadro 06	Profissionais de saúde participantes da pesquisa	44
Quadro 07	Gestores participantes da pesquisa	45
Quadro 08	Profissionais e Residentes inseridos no cuidado em saúde mental na ABS	58
Quadro 09	Profissionais e Residentes inseridos no cuidado às pessoas com deficiência	64
Quadro 10	Profissionais de saúde das equipes de referência na ABS	67
Quadro 11	Profissionais no apoio às unidades da ABS	67
Quadro 12	Formação dos terapeutas ocupacionais em São Carlos	100

FIGURAS

Figura 01	Administrações Regionais de Saúde	38
-----------	-----------------------------------	----

GRÁFICOS

Gráfico 01	Número de trabalhos selecionados nos periódicos	24
Gráfico 02	Populações alvo das práticas dos Terapeutas Ocupacionais	27
Gráfico 03	Pirâmide populacional do município de São Carlos	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS- Atenção Básica em Saúde
ACS- Agente Comunitário de Saúde
APS- Atenção Primária em Saúde
ARES- Administração Regional de Saúde
BID- Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad- Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPS i- Centro de Atenção Psicossocial infantil
CBTO- Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional
CEME-Centro Municipal de Especialidades
CIF- Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS- Conferências Nacionais de Saúde
COMAD- Conselho Municipal Anti Drogas
CORSAM- Coordenação Nacional de Saúde Mental
CS- Centro de Saúde
CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DGCA- Departamento da Gestão do Cuidado Ambulatorial
DRS- Diretoria Regional de Saúde
EMBRAPA-Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ESF- Estratégia Saúde da Família
FMI- Fundo Monetário Internacional
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH- Índice Desenvolvimento Humano
INSS- Instituto Nacional da Seguridade Social
MS- Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB- Norma Operacional Básica
NIS- Núcleo Integrado em Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
PAB- Piso Assistencial Básico
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD- Programa de Atendimento Domiciliar

PAI-PAD- Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Alcool e Drogas na Comunidade

PAISC- Programa Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISM- Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher

PET-Programa Educação pelo Trabalho na Saúde

PIB- Produto Interno Bruto

PID-Programa de Internação Domiciliar

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família

PRO- SAÚDE- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF- Programa de Saúde da Família

PNH- Política Nacional de Humanização

PPR- Plano de Prevenção para Recaída

RAS- Rede de Atenção à Saúde

RBC- Reabilitação Baseada na Comunidade

SAMU- Serviço Móvel de Atendimento à Urgência

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFSCar- Universidade Federal de São Carlos

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNICEP- Centro Universitário Paulista

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USE- Unidade Saúde Escola

USF- Unidade Saúde da Família

USP- Universidade de São Paulo

"A ALMA da vida acadêmica é constituída pela
pesquisa. Como princípio científico e educativo.
Pesquisa coincide com vontade de VIVER, SOBREVIVER,
MUDAR, TRANSFORMAR, RECOMEÇAR.
Pesquisa para constatar, Constatando, Intervenho,
Intervindo educo e me educo".
(DEMO, 1996)

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	01
I	INTRODUÇÃO	05
	Pessoas com deficiência e pessoas com sofrimento mental nossa população em estudo: questões sociais e políticas na área da saúde	06
	Redes Sociais de Suporte e o recorte para a saúde na constituição das Redes de Atenção a Saúde (RAS)	14
	A Atenção Básica em Saúde no Brasil	16
	Reflexões e Ações Técnicas na ABS divulgadas pelos terapeutas ocupacionais	21
II	CAMINHOS METODOLÓGICOS	31
	Delineamento metodológico	32
	O cenário da pesquisa: o município de São Carlos-SP	33
	Atores e Procedimentos da Pesquisa	40
	Usuárias	43
	Profissionais da saúde	44
	Gestores	45
III	A DISCUSSÃO SOBRE AS DEMANDAS DAS POPULAÇÕES EM ESTUDO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SÃO CARLOS	47
	Análise dos documentos oficiais	48
	A Rede de Atenção à Saúde e ações voltadas para as pessoas com sofrimento mental	58
	A Rede de Atenção à Saúde e ações voltadas para as pessoas com deficiência	62
IV	PÁGINAS DA VIDA: CAMINHOS E DESAFIOS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	66
	O Cuidado em Saúde nas Unidades Básicas de Saúde	67
	A proposta dos Núcleos Integrados em Saúde	69
	A Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família	72
	Caminhos e Desafios para Saúde Mental na ABS em São Carlos	75
	Caminhos e Desafios para as ações voltadas às pessoas com deficiência na Atenção Básica à Saúde em São Carlos	82
V	TECENDO A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE SÃO CARLOS	88
	Trajetória da terapia ocupacional no município de São Carlos: caminhos percorridos até a inserção na Atenção Básica em Saúde	89
	Tecendo a terapia ocupacional na ABS em São Carlos	93
	O terapeuta ocupacional e sua formação para o trabalho na ABS	99
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	111
	ANEXOS	124

APRESENTAÇÃO

Nas sociedades capitalistas, o desenvolvimento das políticas sociais e particularmente as de saúde, estão sujeitas às variações da conjuntura econômica. Nesse contexto, através de investimentos internacionais especialmente vinculados ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e ao Banco Mundial, nas últimas décadas ocorre a ampliação das políticas de saúde e reflexões sobre a Atenção Primária a Saúde (APS)¹ em evidência mundial e, em particular nos países em desenvolvimento.

No campo da saúde no Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma importante inflexão no padrão histórico consolidado de organização dos serviços de saúde no país (ESCOREL, 2008). As diretrizes do SUS preveem ações descentralizadas e territorializadas, organizadas de acordo com a demanda local. As discussões atuais envolvem as temáticas do acesso universal, da equidade e do cuidado integral como aspectos importantes para a organização do processo de trabalho, de gestão, de planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde (CECÍLIO, 2006).

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar (herança da medicina previdenciária), as políticas de saúde no Brasil, em consonância com ações internacionais, nos anos 2000, passaram a concentrar esforços na consolidação da ABS. Incentivados por meio de financiamentos específicos e da criação de mecanismos de transferência dos recursos federais, calculados com base no número de habitantes de cada município brasileiro (ESCOREL, 2008).

Em 2010, o Ministério da Saúde propõe a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010). Assim, a Atenção Básica em Saúde (ABS), como todos os pontos de atenção das RAS², deve

¹ A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) atualizada através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, como termos equivalentes. Neste texto, também utilizaremos as duas denominações, embora privilegiemos o termo Atenção Básica em Saúde. Em nossa concepção, ABS, aproxima-se mais das ações básicas de saúde, entendidas aqui como as ações de saúde relacionadas a partir das demandas de uma determinada população de acordo com suas características sócio-culturais e econômicas (MALFITANO; LOPES, 2003).

² Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010).

possibilitar acesso para todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência, idosos, pessoas com sofrimento mental, enfim, todos.

Neste contexto, evidencia-se a necessidade da incorporação de novos profissionais de saúde na ABS, entre eles, o terapeuta ocupacional. Nas últimas décadas, vimos emergir as discussões de inserção da profissão e os desafios de atuação nesse âmbito de cuidado à saúde.

Procuramos nesse estudo, a partir de um contexto local, problematizar o cuidado em saúde destinado às pessoas com deficiência e às pessoas com sofrimento mental na ABS; assim como a inserção dos terapeutas ocupacionais nesse nível de cuidado no município de São Carlos.

A motivação para realização dessa pesquisa nasce embasada em nossa trajetória profissional, de terapeuta ocupacional, no campo da saúde coletiva há 12 anos. Em 2002 têm-se início essa trajetória de profissional da saúde do município de São Carlos, a partir da atuação no cuidado especializado em saúde mental, no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) e posteriormente, em 2008, no Hospital Escola Municipal de São Carlos. Nestes lócus de trabalho, a necessidade da articulação do cuidado em rede incentivou nossa busca por conexões e estudos voltados à Atenção Básica em Saúde.

Nesta direção, realizamos a Especialização em Saúde da Família com uma proposta de estudo voltada ao cuidado das pessoas com deficiência e daquelas com sofrimento mental³, fortemente influenciado pelos estudos de Lopes (1999) e Malfitano e Lopes (2003). Nessa pesquisa, propusemos o estudo das ações em saúde realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) e destinada às pessoas com deficiência e as pessoas com sofrimento mental, a nosso ver, ainda muito frágil nesse ponto de atenção, visto que o cuidado a essas populações foi majoritariamente construído na atenção especializada.

Em 2010, efetiva-se nossa transferência como terapeuta ocupacional para a Atenção Básica em Saúde. Vivenciamos no cotidiano de trabalho o desejo de construir ações em saúde no território com enfoque intersetorial e dessa maneira, mais próxima da vida das pessoas que nos propusemos cuidar. Nos caminhos da terapia ocupacional na ABS que

³ CARRASCO, B.G.de. *A atuação do agente comunitário de saúde frente às necessidades de saúde das pessoas com deficiência e das pessoas com transtornos mentais, no contexto da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família do município de Ibaté, SP*. Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de São Carlos. Departamento de Medicina. Universidade Federal de São Carlos, 2007.

estamos traçando, certamente a experiência de acompanhar os alunos do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar têm sido gratificante e extremamente reflexivo.

Ao propor esse estudo de mestrado, nos apoiamos em nossas reflexões enquanto profissional da saúde, assim como, naquelas apresentadas na literatura por Pinheiro (2010) e outros autores, estudiosos das políticas públicas, que debatem o desafio que se coloca para a política de saúde brasileira, no intuito de fazer coincidir lei e facticidade.

Buscamos o recorte do contexto microssocial do município de São Carlos e macrossocial das políticas públicas de saúde, para compreender o cuidado em saúde e as demandas e necessidades específicas, de grupos populacionais como aqueles das pessoas com deficiência e das pessoas com sofrimento mental.

Alguns questionamentos se colocaram para essa pesquisa e foram norteadores do nosso objeto de estudo:

- 1- Como estão estruturadas as políticas públicas municipais, os equipamentos de saúde e as ações dos profissionais de saúde, voltadas para o cuidado (em saúde) das populações em estudo no contexto do município de São Carlos?
- 2- Os equipamentos que compõem a RAS deste município dialogam na perspectiva do cuidado integral?
- 3- Como os usuários de saúde com deficiência e aqueles com sofrimento mental contam seu caminhar nas RAS, do acesso às ações recebidas?
- 4- O terapeuta ocupacional, recém-inserido na ABS tem contribuído para a inclusão das demandas das pessoas com deficiência e das pessoas com sofrimento mental junto às equipes?

Sendo assim, foram objetivos deste estudo:

- Identificar e discutir as políticas públicas municipais e ações previstas/voltadas às pessoas com deficiência e pessoas com sofrimento mental, no âmbito do cuidado em saúde, sob a perspectiva dos documentos oficiais e discursos dos gestores;
- Reconhecer e discutir a inserção do terapeuta ocupacional na atenção à saúde do município, assim como problematizar as atuações iniciais dessa categoria no âmbito da Atenção Básica em Saúde.
- Conhecer, através das perspectivas dos profissionais de saúde, as ações destinadas às pessoas com deficiência e sofrimento mental;
- Buscar aproximação com a perspectiva dos usuários com deficiência e daqueles com sofrimento mental, sobre os serviços que acessam para assistência em saúde.

Iniciamos no capítulo I, apresentando os argumentos teóricos que direcionam essa pesquisa. No capítulo II delineamos nossos pressupostos metodológicos, à luz dos

estudos da dialética materialista-histórica. No capítulo III a partir da análise de documentos oficiais, discorremos sobre o cuidado em saúde destinado às populações que enfocamos.

No capítulo IV, enfocamos a discussão do cuidado às pessoas com deficiência e às pessoas com sofrimento mental na Atenção Básica em Saúde de São Carlos. Nesse contexto, no capítulo V, discorremos sobre as ações iniciais dos terapeutas ocupacionais nesse âmbito de cuidado. E por fim, nas considerações finais, nos propusemos a finalizar nosso estudo.

I-INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência e pessoas com sofrimento mental: questões sociais e políticas na área da saúde

A discussão sobre as populações que enfocamos passa necessariamente pelos padrões socioculturais e pelo conceito de normalidade imposto pela sociedade capitalista. O ‘normal’ é ser eficiente, é seguir ‘perfeitamente’ a dinâmica da sociedade que gira em torno da eficiência, do cálculo, da previsibilidade e do controle:

No conjunto dos valores sociais e culturais que definem o indivíduo ‘normal’, estão incluídos ‘padrões’. Aqueles que fogem deles, de certa forma agridem a ‘normalidade’ e se colocam à parte da sociedade. [...] Não é preciso ser deficiente para não ser reconhecido pela sua própria sociedade. O negro, o homossexual, o louco e até qualquer um que divirja das normas e regras da ordem social podem ser consideradas ‘desviantes’ e assim situarem-se fora da sociedade. O ‘desviante’ é aquele que não está integrado, que não está adaptado, que não se apresenta física e/ou intelectualmente normal, e, portanto encontra-se à parte das regras e das normas. (RIBAS, 1985, p.18)

Adotamos aqui a perspectiva de Castel (2009) que entende a inserção social a partir de dois eixos: o da relação de trabalho (do emprego estável até a precarização do trabalho ou ausência completa dele) e o da inserção relacional, perpassando a inscrição nas redes de sociabilidade primária⁴ ou no isolamento social total. Assim, enfocamos a população aqui em estudo sobre a perspectiva de sua inserção relacional e de trabalho e as possibilidades de vida social, na dinâmica capitalista contemporânea.

O processo de globalização do capitalismo é bastante complexo e desigual. Em países como o Brasil constatamos o aumento da desigualdade social e espacial, a crescente concentração de renda, o incremento do desemprego estrutural, a flexibilização dos direitos sociais e o aumento do sentimento de insegurança no trabalho e na vida, além da redução das antigas identidades e solidariedades de classe, entre outros aspectos (CARVALHO, 2009).

O setor saúde, como segmento produtivo inserido no contexto do desenvolvimento capitalista da sociedade, vive os mesmos processos dos outros setores de produção, no contexto macroeconômico, ou seja, o processo de acumulação de capital tem como pilares o desenvolvimento tecnológico, que influencia a dinâmica da oferta de serviços nesse setor (MERHY; FRANCO, 2002).

⁴ Sociabilidade primária: sistemas de regras que ligam diretamente os membros de um grupo a partir de seu pertencimento familiar, da vizinhança, do trabalho e que tecem redes de interdependência sem as mediações de instituições específicas (CASTEL, 2009).

Partindo dos pressupostos de que sistemas de proteção social de caráter universal/ redistributista constituem uma ameaça à vitalidade do mercado, o neoliberalismo vem buscando desconstruir os fundamentos de políticas que têm como referência o Estado de Bem Estar Social⁵ (CARVALHO, 2009):

O Estado que se busca estruturar tem a pretensão de ser uma espécie de Estado-empresário enxuto, eficaz, livre das amarras da prestação de serviços. (...) a hegemonia do ideário neoliberal, vem se traduzindo na diminuição (ou não ampliação) da participação dos Estados, especialmente os que se situam na periferia do mundo desenvolvido, na provisão de bens e serviço a população. (CARVALHO, 2009, p.24-25)

Para esse autor, “as classes hegemônicas das sociedades industriais, asseguram o controle cada vez mais sobre o sistema de produção e vida social” (p.27). Nesse cenário, segundo Castel (2009), a nova questão social poderia ser definida como um processo que se manifestou a partir do enfraquecimento da condição salarial em sociedades que construíram seu acesso aos direitos e à proteção social, vinculados ao mundo do trabalho.

Nessa nova questão social, a precarização do trabalho é um processo central, comandado pelas novas exigências tecnológicas e econômicas da evolução do capitalismo moderno, permitindo compreender os processos que alimentam a vulnerabilidade social e produzem, ao fim do percurso, o desemprego e a desfiliação⁶ (CASTEL, 2009).

Para Castel (1995), o espaço social pode ser analisado segundo os eixos da relação com o trabalho (do emprego estável à sua completa ausência) e a inserção relacional (das redes sólidas de sociabilidade ao isolamento social). Embora o autor esteja se baseando na sociedade francesa dos anos de 1990, na qual o padrão de proteção social apresenta diferenças significativas quando comparada à sociedade brasileira, sua descrição contribui para a compreensão da sociedade contemporânea capitalista brasileira, na medida em que visamos a colocar luz no lugar social das pessoas com deficiência e sofrimento mental nessa sociedade.

⁵O Estado de Bem-Estar-Social foi implantado inicialmente na Europa, no período pós-segunda guerra mundial. Propunha uma política de pleno emprego, sendo o Estado um empregador relevante nesse processo, bem como a adoção de uma economia planejada que levasse a uma maior estabilidade e à ampliação da demanda, e que redistribuísse renda em favor dos trabalhadores. Visualizava ainda a criação de equipamentos de consumo coletivo, tais como educação, saúde, habitação, transportes, a serem incorporados culturalmente como direitos de cidadania. (KING, 1988)

⁶ Caracterizado pela ausência de vínculos econômicos e pela ausência de inscrição do sujeito em estruturas portadoras de um sentido, tornando-se insuficiente para reproduzir sua existência e assegurar sua proteção. (CASTEL, 2009)

O autor descreve que o espaço social pode ser visto a partir de zonas, conforme graus de coesão. Entretanto, o autor enfatiza que tais zonas não são dadas em definitivo, suas fronteiras são móveis, operando-se passagens de uma a outra, portanto, podendo haver a circulação dos sujeitos entre elas:

- 1- Zona de integração: designa garantias de um trabalho permanente e suporte relacionais sólidos;
- 2- Zona de vulnerabilidade: associa precariedade do trabalho e fragilidade relacional;
- 3- Zona de assistência: designa na maioria das vezes a situação do não trabalho, porém com uma inserção social econômica, provida de mecanismos assistenciais;
- 4- Zona de desfiliação: conjuga ausência do trabalho e isolamento social.

Historicamente temos visto que as pessoas com deficiência e as pessoas com sofrimento mental, notadamente aqueles provenientes de grupos populares, ocupam, em sua maioria, a zona de assistência.

As políticas públicas brasileiras, desde a década de 1980, têm-se voltado para construção de políticas inclusivas para as populações que enfocamos, embora ainda estejam distantes das possibilidades reais de integração dessas pessoas. Especialmente referindo-se às pessoas com deficiência, segundo Santos (2008), há duas maneiras diferentes de compreender a deficiência atualmente. A primeira, conhecida por Modelo Médico ou Biomédico, afirma que a deficiência é uma restrição corporal que necessita de avanços nas áreas da medicina, da reabilitação e da genética para oferecer tratamento adequado e melhorar o bem-estar das pessoas. Uma segunda perspectiva, chamada de Modelo Social, sustenta que a deficiência é uma manifestação da diversidade humana que demanda adequação social para ampliar a sensibilidade dos ambientes às diversidades corporais:

O modelo social estruturou-se em resposta ao modelo médico, isto é, aquele que reconhecia no corpo deficiente a primeira causa da desigualdade experimentada pelas pessoas, ignorando o papel das estruturas sociais para a opressão. Entre o modelo social e o modelo médico há uma mudança na lógica da causalidade da deficiência: para o modelo social, a causa da deficiência está na estrutura social pouco sensível à diversidade corporal; já para o modelo médico, no indivíduo e sua lesão. (SANTOS, 2008, p.507)

No Brasil, segundo Rocha (2006), até as décadas de 1940 e 1950, existiam instituições de caráter asilar e filantrópico para atendimento de pessoas com deficiência. Após esses períodos, principalmente com início dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional, essas instituições, que tradicionalmente ofereciam abrigo e proteção às pessoas com

deficiência, não alteraram muito seus propósitos, mas incorporaram esses profissionais de reabilitação ao seu funcionamento, constituindo os Centros de Reabilitação.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a assistência às pessoas com deficiência, na saúde pública, era limitada somente à área de prevenção de doenças infectocontagiosas. A reabilitação era entendida como nível terciário da atenção, sob a responsabilidade de instituições filantrópicas e de associações beneficentes; as políticas públicas funcionavam no modelo de repasse de recursos para a filantropia. (ROCHA; KRETZER, 2009, p.178)

Nos anos 1980, especialmente na área da saúde, foram introduzidas, no cenário nacional, ideias que se articulavam no sentido de constituir alternativas aos Centros de Reabilitação enquanto elemento central do modelo assistencial, visto que este não conduzia as pessoas para a reintegração social efetiva (ALMEIDA, 2000; ROCHA, 2006).

Em 1989, a Lei n.º 7.853/89, no que se refere à saúde, atribuiu ao setor à promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e ao adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia do atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiências, desenvolvidos com a participação da sociedade (BRASIL, 2008).

No ano de 1993, o Ministério da Saúde, editou essa legislação como o documento “Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS)-Planejamento e Organização dos Serviços”. Neste, a Reabilitação Baseada na Comunidade⁷ (RBC) é vista como uma nova modalidade de atendimento às pessoas com deficiência, cuja característica maior é ir ao encontro das necessidades de sua clientela (ALMEIDA, 2000).

Segundo Rocha (2006), nas décadas de 1980 e 1990, algumas experiências novas foram incorporadas no setor público, principalmente aquelas ligadas às proposições internacionais de inserir ações de reabilitação nos sistemas locais de saúde, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No ano de 1995 foi lançado o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde. Adotou-se como objetivo no SUS a atenção integral da pessoa com deficiência (ALMEIDA, 2000). Posteriormente, em 2002, o Ministério

⁷ Modalidade de atendimento voltado às pessoas com deficiência, cujo objetivo central seria atender as pessoas com deficiência, através da utilização de recursos humanos e materiais presentes na própria comunidade (ALMEIDA, 2000).

da Saúde transformou esse programa na Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, cujas diretrizes, entre outras, são:

- promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;
- prevenção de deficiências;
- ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência;
- capacitação de recursos humanos.

De acordo com essa política, o cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência passa por um atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades, inclusive na ABS (BRASIL, 2008). Nessa direção, visando ampliar as ações da ABS, inclusive aquelas de reabilitação, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁸, foram instituídos em 2008, pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, na qual o terapeuta ocupacional foi inserido como uma categoria possível para integrar a equipe⁹(BRASIL, 2010c).

O grupo das pessoas com sofrimento mental, que também enfocamos nesse estudo, possui políticas mais institucionalizadas do que aquelas para as pessoas com deficiência, fruto do processo histórico e consequências advindas do Movimento pela Reforma Psiquiátrica.

Segundo Amarante (2007), saúde mental refere-se a um campo (ou área) de conhecimento e de atuação técnica, no âmbito das políticas públicas de saúde, bastante polissêmico e plural, na medida em que diz respeito ao estado mental das pessoas e das coletividades. Trata-se de condições altamente complexas, e qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de reducionismo:

⁸ O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) deve apoiar as equipes de saúde da família em nove (09) áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem, saúde mental, reabilitação, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher, assistência farmacêutica, práticas corporais e práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2010c).

⁹ Nos termos da Portaria n. 154, existem duas modalidades de NASF: o NASF 01, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e **terapeuta ocupacional**. O NASF 02 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e **terapeuta ocupacional**; e se vincular a no mínimo três equipes de Saúde da família. (BRASIL, 2010c, grifo nosso).

Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica, que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, saúde mental não poderia ser somente o estudo e tratamento das doenças mentais. Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão a psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, psicanálise, fisiologia, filosofia, antropologia, sociologia, história e geografia. (AMARANTE, 2007, p.16)

Em resgate histórico da instituição da loucura feito por Amarante (2007), na Europa, no Antigo Regime, antes da Revolução Francesa, o debate em torno dos direitos humanos, sociais e políticos era consideravelmente precário, sendo trazido pela Revolução Francesa. Assim, no mesmo contexto histórico em que foi construído o conceito de cidadania (entendida como responsabilidade e possibilidade de conviver, partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social) foi construído também, em parte pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental:

Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas da natureza- existiria na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão. (AMARANTE, 2007, p.35)

Dessa maneira, diante da nova ordem social colocada a partir da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, do contrato social e da livre circulação de pessoas e mercadorias, que trouxe a necessidade de refletir sobre os limites da liberdade impostas pelo absolutismo do Antigo Regime, a psiquiatria construiu o hospício como lugar de tratamento e internou os “doentes mentais” separando-os do convívio social, para o tratamento (BEAKLINI, 2001).

A história do tratamento em saúde destinado às pessoas com sofrimento mental, até final do século XX, foi baseada na psiquiatria e no sistema hospitalar psiquiátrico, um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina e com dispositivos de segregação, punição, repressão e exclusão (AMARANTE, 2007; MARTINS, 2009).

Foi principalmente na Itália, nos anos 1970, que se iniciaram movimentos de negação da instituição hospitalar geral, visto como lugar alienante e opressor (BASAGLIA; ONGARO BASAGLIA; CASAGRANDE, et al, 1994). No Brasil, a década de 1980 foi marcada por intenso processo de mudanças relacionadas às práticas de cuidado em saúde mental, envolvendo o questionamento dos conceitos instituídos e a construção de novos

referenciais teóricos e políticos (MARTINS, 2009). Assim, em meio à reforma sanitária¹⁰, surge a reforma psiquiátrica, principalmente a partir da conjuntura da redemocratização do país.

De acordo com Coimbra (2007), a reforma psiquiátrica se apresentava como um movimento contra-hegemônico ao sistema asilar, que defendia outras formas de cuidado às pessoas com sofrimento mental, ou seja, uma assistência comunitária com serviços extra-hospitalares:

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária. Isto é, que oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorialidades (território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária), ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização dos hospitais. (BRASIL, 2010, s/p)

A criação de uma política específica para saúde mental ocorreu em consonância com o SUS, pois também privilegiou a municipalização dos serviços substitutivos ao hospital. No ano de 1991, a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM) iniciou o processo de apresentação de portarias e normativas em busca da efetiva mudança no modelo assistencial. Entretanto, o passo decisivo para início de processos de inclusão das pessoas com sofrimento mental, foi à aprovação da Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001¹¹, cujo texto revoga a legislação de 1934 que ainda vigorava no Brasil até início dos anos 2000 (COIMBRA, 2007).

Apoiado nessa lei, o Ministério da Saúde, lança a Política de Saúde Mental, segundo essa política, o cuidado integral em saúde mental segue o modelo aberto e de base comunitária. Tem alicerces na rede de saúde mental, nos diferentes pontos de atenção da rede

¹⁰ Reforma sanitária foi um movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilhavam o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscaram a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.(SCOREL, 2008)

¹¹ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ou seja, a substituição das internações hospitalares, por uma rede de serviços de atenção integral a saúde mental: ambulatórios de saúde mental, centros de atenção psicossocial, leitos em hospital geral, hospitais dia, emergências psiquiátricas, residências terapêuticas, assistência à saúde mental na atenção básica entre outros. (BRASIL, 2001)

cuidado, da ABS até a atenção ambulatorial especializada, chegando à internação no hospital geral, quando necessário por curta permanência (BRASIL 2001).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) instituídos em 2002 foram considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental dentro da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2003).

Há seis (6) modalidades de CAPS: CAPS I destinado aos municípios com mais de 20.000.00 habitantes, CAPS II para municípios com população acima de 70.000.00 habitantes, CAPS III com leitos de internação breve e funcionamento 24 horas, CAPS ad II para tratamento de dependência de álcool e outras drogas, CAPS ad III para tratamento de dependência de álcool e outras drogas com leitos de internação breve e CAPSi II para atenção infanto-juvenil (BRASIL, 2011).

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou o manual: “Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o Diálogo necessários”. Nesse manual, propõe-se que, no processo de desospitalização e reabilitação psicossocial, municípios com menos de vinte (20) mil habitantes estruturam sua rede de cuidado à saúde mental na ABS. Para municípios com contingente populacional maior, a rede de cuidados deve ser formada pela ABS e pelo Centro de Atenção Psicossocial, com uma estreita articulação entre esses serviços (BRASIL, 2003).

Ainda em 2003, tivemos na saúde mental a instituição da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), segundo o Ministério da Saúde, uma política de prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas. Essa política deveria ser construída nas ações intersetoriais possíveis dos diversos programas do Ministério da Saúde e de outros Ministérios, organizações governamentais e não governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada (BRASIL, 2003 b).

No ano de 2008, a proposta do NASF ampliou as possibilidades de atenção às pessoas com sofrimento mental na ABS. Atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2010c).

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro deste ano, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, em consonância com a proposta das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011 c).

Redes Sociais de Suporte e o recorte na constituição das Redes de Atenção a Saúde (RAS)

Frente ao panorama da precarização do trabalho, imposto pelo capitalismo, Castel (2009) assegura que as sociedades devem se organizar para proteger socialmente as pessoas das rupturas sociais e/ou das condições de possibilidade da sua emergência e de suas consequências. O autor compreende as redes sociais e pessoais de suporte como elementos fundamentais na definição de maior ou menor vulnerabilidade, daquele que tem uma integração precária ao mundo do trabalho.

Nessa perspectiva, uma boa inserção relacional, por exemplo, poderia compensar e/ou minimizar os efeitos de uma situação de não integração nas relações de trabalho. Por isso, seria fundamental buscar estratégias para fortalecer as redes sociais de suporte, evitando rupturas trazidas por situações nas quais a vulnerabilidade já está presente (LOPES; ADORNO; MALFITANO et al , 2008).

As redes de apoio podem ser constituídas a partir de apoio formal e do apoio informal. O formal abrange tanto as organizações sociais formais (na saúde constituída pelos serviços e políticas de saúde) como aqueles profissionais que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas. O apoio informal é formado por pessoas como familiares, amigos, vizinhos, entre outros e os grupos sociais passíveis de fornecer apoio nas atividades do dia a dia.

As redes sociais propiciam o desenvolvimento de ações solidárias e de suporte ao enfrentamento de questões do cotidiano entre grupos vulneráveis, além da construção e fortalecimento do sentido de pertencimento a um grupo social. (MÂNGIA; MURAMOTO, 2005, p.26)

Considerando a estrutura dos serviços de saúde, segundo Mendes (2010), a literatura nacional e internacional tem apresentado grande produção sobre o tema e sua importância para organização e qualificação dos sistemas de saúde. Nessa direção, a Portaria

n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS.

A organização do sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação; nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania. (BRASIL, 2010, s/p)

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado¹² (BRASIL, 2010).

Entre tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde das pessoas, inclusive aquelas que enfocamos. Assim, a política da RAS baseia-se na integralidade que, por sua vez, exige que os pontos de atenção, especialmente a ABS, reconheçam as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-los:

A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade a atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2011b, s/p)

Dessa maneira, ao propor ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, a ABS responsabiliza-se pelo cuidado de saúde de todos, inclusive das pessoas com deficiência e das pessoas com sofrimento mental. Entretanto, pesquisas (MALFITANO, 2007; FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009; SOUZA; ROCHA, 2010) mostram que as

¹² No Brasil, a integralidade fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 1980, quando surgiu em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS em 1988. Na literatura nacional são vários os sentidos atribuídos à integralidade. Segundo CECÍLIO (2006) são duas as dimensões da integralidade, uma primeira denominada *integralidade focalizada*, trabalhada em um espaço delimitado de um serviço de saúde, fruto da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional. Uma segunda, chamada de *integralidade ampliada*, vista como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede composta por outros serviços e outras instituições não necessariamente do setor saúde.

demandas que ultrapassam o âmbito da saúde básica (entendida aqui como os cuidados às doenças de maior prevalência) são, muitas vezes, encaminhadas para outros serviços de saúde.

Nesse contexto, parte-se da necessidade da corresponsabilização efetiva das equipes de saúde da ABS para as demandas das pessoas com deficiência e das pessoas com sofrimento mental nas RAS e/ou outras redes sociais de suporte. Para tratar das questões de saúde relativas a esses grupos sociais faz-se necessário buscar as articulações possíveis, no que tange à noção de valor da vida (CARNEIRO Jr e SILVEIRA, 2003).

Segundo Debastiane (2008), as Unidades Básicas de Saúde podem tornar-se equipamentos valiosos no cuidado às demandas em saúde mental, devido, entre outros fatores, à proximidade com a comunidade, ou seja, à vinculação ao território, categoria fundamental para o processo de ampliação do cuidado da pessoa com sofrimento mental. Isso ocorre, segundo a autora, “porque a utilização dos dispositivos coletivos, presentes na comunidade, enquanto potencializadores da produção de saúde se aliam aos preceitos da reforma psiquiátrica de inserção desses sujeitos no convívio social” (p.25).

Estando a ABS inserida no contexto das RAS, para além da inclusão da atenção a toda população, inclusive para as pessoas com deficiência e aquelas com sofrimento mental, acreditamos que o setor saúde, ao discutir as RAS enquanto possibilidade de organização de suas ações, poderia se apropriar mais das discussões sobre as redes sociais de suporte e sobre as ações territoriais, essa última, tão presente no discurso da ABS.

Nessa premissa, concordamos com Righi (2010) que, para a criação de uma rede que intencione a ampliação da democracia, a qualificação da gestão e da atenção do SUS, não se pode reduzir ao conceito de articulação dos serviços num entorno funcional, mas sim valorizar a perspectiva territorial. Dessa maneira, o território não seria apenas espaço para demandas ou depósito de necessidades e recursos para a rede assistencial, sendo também produzido na medida em que a localização dos pontos da rede assistencial altera o espaço vivido (RIGHI, 2010).

A Atenção Básica em Saúde no Brasil

A política de saúde brasileira passou por mudanças profundas nos últimos vinte e quatro (24) anos, desde a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS). A marca da política de saúde anterior à constituição do SUS era configurada pela presença de dois aparatos federais na condução da política: Ministério da Saúde (responsável pelas ações de

saúde pública) e Ministério da Previdência Social, com a responsabilidade da assistência médica (ANDRADE, 2001).

Na segunda metade da década de 1970, inspirado em movimentos a favor da democracia, nasceu o movimento da Reforma Sanitária. Como marco desse movimento, a histórica 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, trouxe discussões fundamentais para a reorientação do sistema de saúde brasileiro, que acabaram por formar as bases do SUS (ANDRADE, 2001).

Após os direitos garantidos na constituição de 1988, o SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990). Com ele foi garantido a todos os brasileiros o direito ao atendimento universal, integral e equânime em saúde. Apresenta como diretrizes a descentralização político administrativa, com enfoque para as necessidades da população local e para a participação da sociedade na gestão, por meio do controle social. Em consequência, nos anos 1990, o Ministério da Saúde passou por um processo de redefinição político-institucional, tendo de assegurar a saúde como direito de cidadania e reconfigurar seu papel junto às demais esferas de governo (estados e municípios) para condução da política de saúde (BRASIL, 1990).

Assim, o sistema de saúde brasileiro incorporou a noção de direito à saúde somente no final do século XX, com o surgimento do SUS, formalizado pela Constituição Federal de 1988. Até esse importante momento, o modelo de saúde adotado visava a proteger os trabalhadores formais (com carteira assinada) ficando as demais pessoas da sociedade excluídas de um atendimento público, tendo que buscar o cuidado em saúde na rede privada ou depender da prática do assistencialismo (LOPES, 1999; VIANA; IBÁÑEZ; ELIAS, 2009).

Enfocaremos nesse estudo, a ABS, enquanto parte da rede de atenção à saúde que deve assumir responsabilidade integral e intransferível (porém compartilhável) pelo usuário, reduzindo a fragmentação do sistema de saúde (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Essa ideia segundo Castro (2009) foi utilizada como forma de organização dos sistemas universais de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, apresentado na Inglaterra em 1920. O relatório propunha a definição de bases territoriais e populações-alvo, que seriam atendidas por unidades de diferentes perfis, tais como centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, organizadas de forma hierarquizada e regionalizada.

É no cenário dos anos 1970 que o debate da ABS passa a ser realizado internacionalmente, com destaque para 1978, em Alma Ata, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF),

promoveu a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que estabeleceu essa modalidade de assistência à saúde como a principal estratégia para se alcançar à meta proposta pela OMS de “saúde para todos no ano 2000” (CASTRO, 2009).

Nesse contexto, esses movimentos incentivaram experiências voltadas para programas comunitários de saúde que se caracterizavam por adotarem um modelo focal de saúde comunitária, com o objetivo de ampliar a cobertura dos serviços básicos de saúde para populações marginalizadas das periferias urbanas e das áreas rurais que não tinham acesso aos serviços de saúde e promover a integração das ações preventivas e curativas através do desenvolvimento de atividades extramuros realizadas por agentes de saúde¹³ e membros da comunidade (COIMBRA, 2007).

No Brasil, a ABS, desenvolveu-se basicamente por meio de dois grandes modelos de organização de suas ações: o modelo da Programação em Saúde, nos anos 1970, e o modelo do Programa de Saúde da Família, nos anos 1990. O modelo de Programação em Saúde teve origem na atuação da saúde pública, no século XX, no momento em que se trabalhava na perspectiva da integração dos serviços de saúde pública com os serviços de assistência médica (MERHY, 1997).

Nesse modelo, os Centros de Saúde comporiam uma rede regionalizada e seriam responsáveis pela saúde da população adscrita em cada região. Seu trabalho seria desenvolvido por um modelo voltado à educação sanitária, mantendo-se na saúde pública o modelo campanhista e de ações verticais sobre determinadas doenças (MERHY, 1997).

Essa proposta da ABS como assistência simplificada e de baixo custo para “problemas simples” passa a ser rechaçada, principalmente durante o movimento da reforma sanitária. A utopia sanitarista propunha:

A atenção primária seria não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar essencial para realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a primeira linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto de práticas sociais. (MERHY, 1997, p.224)

Na década de 1990, com a expansão e a qualificação da ABS no Brasil, essa passou a ser organizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa concepção iniciada com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde

¹³ O Agente Comunitário de Saúde é uma pessoa da própria comunidade, que recebe qualificação específica, passando a fazer parte da equipe de saúde local; atende os moradores em cada casa, dando atenção a todas as questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção e recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade (BRASIL, 2003).

da Família (PSF) propõe superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2010b).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. (BRASIL, 2010b, s/p)

No ano de 1996, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 1996) instituiu o Piso Assistencial Básico (PAB)¹⁴ para custeio das ações da ABS e com intuito de ampliar o acesso à ABS. Nesse documento, fica estabelecido incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família (PSF) e PACS (ANDRADE, 2001).

Em 1998 a Portaria GM/MS n° 3.925, de 13 de novembro de 1998 institui o Pacto da Atenção Básica e, anos depois, em 1999, o Ministério da Saúde publica o “Manual para a organização da atenção básica” dispõe principalmente sobre as responsabilidades do município para organização, assistência e gestão (BRASIL, 1999). Neste manual são apresentadas ações dirigidas a grupos populacionais específicos, entretanto não são consideradas as pessoas que enfocamos.

Em 2001, a Portaria GM/MS n° 95 de 26 de janeiro de 2001 cria a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) que instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA¹⁵. Nessa, foram definidas as seguintes prioridades: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, a saúde da mulher e a saúde bucal (ANDRADE, 2001).

Visando a ampliar o financiamento e conseqüentemente o acesso à ESF, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da

¹⁴ O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica. Esse piso pela NOB – SUS 1996 é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população fornecida pelo IBGE de cada município e transferido ao fundo municipal de saúde (ANDRADE, 2001).

¹⁵ Para financiamento da Atenção Básica Ampliada foi instituído o PAB-Ampliado.

Família (PROESF). Essa iniciativa foi baseada em um acordo de empréstimo internacional do governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) que propunha a organização e o fortalecimento da ABS no país. O Projeto foi estruturado em três (3) componentes de atuação: componente I - apoio à conversão e expansão da Estratégia de Saúde da Família; componente II - desenvolvimento de recursos humanos da Estratégia de Saúde da Família; componente III - monitoramento e avaliação (BRASIL, 2010b).

Todas essas propostas foram enfatizadas em 2006, ao ser lançada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que acrescenta um caráter democrático, participativo e integrado das ações, bem como os princípios que vêm norteando a organização dos serviços pela Estratégia Saúde da Família, como o trabalho em equipe, a territorialização, a corresponsabilidade sanitária, o foco nas necessidades da população e a delimitação da Unidade Básica Saúde (UBS) como contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Neste mesmo ano, a Portaria GM/MS nº 325, do Ministério da Saúde, estabeleceu juridicamente as ações do Pacto pela Saúde (2006), no denominado Pacto pela Vida, definindo as seguintes metas prioritárias: I- Atenção à saúde do idoso; II- Controle do câncer de colo de útero e de mama; III- Redução da mortalidade infantil e materna; IV- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; V- Promoção da saúde; VI- Fortalecimento da atenção básica; VII- Saúde do trabalhador; VIII- Saúde mental; IX- Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; X- Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e XI- Saúde do homem (BRASIL, 2007).

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a atual Política de Atenção Básica a partir da proposta das RAS. Nessa, ficou estabelecido que a ABS nas RAS deva:

- Ser base: a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções buscando ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS;

- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde.

Portanto, a ABS na proposta das RAS, caracteriza-se como o centro de comunicação destas redes, seja pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, ou pela responsabilização na atenção contínua e integral, através do cuidado multiprofissional (BRASIL, 2011b). Assim, esse âmbito de atenção à saúde deixa de ser o primeiro nível hierárquico do sistema de saúde, para tornar-se um dos pontos de atenção nas RAS, porém com a mesma importância na reorganização do modelo assistencial em saúde.

Observamos que embora a ABS tenha ganhado destaque nas últimas décadas na política de saúde brasileira, essa proposta tem raízes históricas, não surge com a ESF. O movimento sanitário já propunha uma ABS capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população, desenvolvendo e articulando ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e ações de reabilitação. Segundo Campos (2007), na prática, essas funções se entrelaçam e a integralidade e a efetividade do cuidado dependerão da possibilidade e da capacidade de cada equipe, combinar modos de intervenção de cada um desses campos na proporção exigida pelo caso.

O autor também destaca que a composição de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e reabilitação é uma tarefa complexa. Frequentemente, segundo ele, na prática se observa desvios, em alguns casos há realidades que se voltam somente para a prevenção de riscos e ações comunitárias deixando toda a resolutividade clínica para a rede de urgência e hospitalar. Em outros, observa-se uma ABS transformada em pronto atendimento clínico de baixa qualidade (CAMPOS, 2007).

Reflexões e ações técnicas na ABS divulgadas pelos terapeutas ocupacionais

A trajetória do terapeuta ocupacional no Brasil foi influenciada, entre outros fatores, pelo modo de cuidar em saúde, principalmente das pessoas com deficiência e das pessoas com sofrimento mental. Segundo Pinto (1990), quando criada no Brasil sob as diretrizes norte-americanas no final da década de 1950, a terapia ocupacional, tinha por finalidade trabalhar na fase final do tratamento, no momento em que se procurava readaptar a pessoa com incapacidade a uma vida social produtiva.

Na década de 1970, embora já tivesse a implantação de alguns serviços públicos preventivos, segundo a autora, o trabalho do terapeuta ocupacional na ABS, não foi

relatado em nenhum manual de terapia ocupacional da época. Nas revistas especializadas, pouquíssimos eram os relatos de atuação preventiva desse profissional. A autora refere ainda que, “os profissionais que se dispusessem a trabalhar preventivamente haveriam de descobrir seus próprios caminhos” (p. 56).

Nos anos 1980, com o desenvolvimento de ações de saúde pública, ocorre uma identificação da terapia ocupacional com novos espaços de atuação. Desde então, os terapeutas ocupacionais passaram a analisar criticamente as intervenções oferecidas de forma hegemônica em espaços de “exclusão” social (manicômios, centros de reabilitação, asilos, escolas especiais, instituições de internação permanente a pessoas com deficiências físicas, mentais entre outros) e a questionar a possibilidade de ações realmente terapêuticas em espaços com este caráter (MOREIRA, 2008).

Principalmente no campo da saúde mental, com influência da psiquiatria democrática italiana, os terapeutas ocupacionais, tornaram-se atores importantes nas lutas pela desinstitucionalização do tratamento destinado às pessoas com sofrimento mental no Brasil. Inicia-se assim, uma “prática inovadora na terapia ocupacional, marcada pela responsabilidade territorial na assistência que também envolve a valorização da demanda em que a pessoa é percebida como sujeito de direitos, de saber e de desejos” (BARROS; GALHEIGO; LOPES, 2007, p. 355).

Segundo Moreira (2008), em resposta aos processos de segregação e exclusão sociais das pessoas com acometimentos físicos e mentais, a reabilitação psicossocial e a reabilitação baseada na comunidade, incorporadas pelos terapeutas ocupacionais, apresentam o território comunitário como o espaço privilegiado para a atenção em reabilitação. Assim, questões como aquisição de direitos fundamentais tornam-se elementos constitutivos do próprio processo de reabilitar:

Na Terapia Ocupacional, a incorporação destas estratégias redimensionou as práticas dos profissionais, pois a reabilitação não se restringe mais à avaliação funcional e à recuperação das incapacidades. Ela é compreendida dentro de uma rede de significados construída pelo sujeito, no decorrer do processo de reabilitação, não antes (a partir de modelos de reabilitação pré-determinados) ou fora do processo (por decisão unicamente do profissional de saúde). Sobre a garantia de direitos no processo de reabilitação, profissionais da reabilitação comunitária apontam que a aquisição de direitos fundamentais (direito de ir e vir, à educação regular, moradia adequada, tecnologia de ajuda, entre outros) não são questões a serem contempladas após o processo de reabilitação, ao contrário, tornam-se elementos constitutivos do próprio processo. (MOREIRA, 2008, p. 87)

A partir de diretrizes das políticas de saúde com a aproximação das ações de saúde no âmbito territorial e comunitário, ao final da década de 1990 (especialmente nas Unidades Básicas Tradicionais) e início dos anos 2000 (principalmente via Estratégia de Saúde da Família) terapeutas ocupacionais passaram a atuar em maior número na Atenção Básica em Saúde, com propostas de atenção integral, através de ações de prevenção, promoção e reabilitação, em consonância com as diretrizes políticas vigentes. Especialmente para ações em saúde mental e posteriormente de atenção às pessoas com deficiência (CALDEIRA, 2009; MOREIRA 2008).

A presença da TO nesse nível assistencial é datada desde os anos 1990, quando passou a fazer parte de equipes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em diferentes municípios como São Paulo/SP, Belo Horizonte/MG, Camaragibe/PE, Sobral/CE, atendendo pessoas com deficiências e incapacidades, entre outros agravos de saúde. (ROCHA; SOUZA, 2011, p. 37)

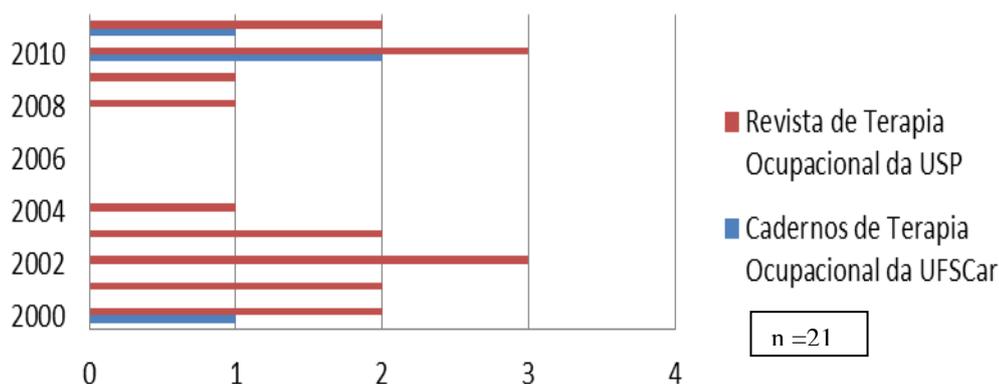
Mesmo em ascensão para a profissão, o campo da ABS ainda não incorpora o número ideal de terapeutas ocupacionais. Segundo estudo de Marsiglia (2011), considerando as profissões e ocupações mais frequentes nas UBS da cidade de São Paulo, constatou que, entre as profissões de nível superior, os profissionais médicos eram os mais frequentes (13,9%), seguidos de enfermeiros (6%), e cirurgiões-dentistas (5%). Um segundo grupo bem menor era constituído por psicólogos (1,3%) e assistentes sociais (1,2%). Um terceiro grupo, encontrado em aproximadamente 23% das UBS, era composto de fonoaudiólogos e educadores em saúde pública e os menos frequentes, encontrados em menos de 10% das UBS, foram fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, cada um deles representando 0,2% dos recursos humanos nas UBS pesquisadas.

Nota-se que o campo da ABS para o terapeuta ocupacional é recente e possui uma literatura incipiente. Para compor esse referencial teórico, fizemos uma revisão narrativa¹⁶ de literatura, a partir das revistas científicas específicas de terapia ocupacional (artigos publicados na temática, nas Revistas de Terapia Ocupacional da USP e nos Cadernos de Terapia Ocupacional, no período de 2000-2011) e dos trabalhos apresentados nos últimos sete (07) Congressos Brasileiros de Terapia Ocupacional (CBTO) no período de 1999-2011.

¹⁶ Revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam obrigatoriamente as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

Observamos uma ascendência das discussões na categoria referente à temática, na última década. Encontramos vinte e um (21) artigos publicados em revistas científicas específicas, sendo dezessete (17) artigos na Revista de Terapia Ocupacional da USP e quatro (04) artigos nos Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar.

Gráfico 01: Número de trabalhos selecionados nos periódicos de 2000 a 2011



Fonte: Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar 2000-2010 e Revista de Terapia Ocupacional da USP 2000-2010.

As ações dos terapeutas ocupacionais voltadas às pessoas com deficiência na ABS constituíram-se como a temática que mais apareceu nos doze (12) artigos encontrados. As discussões demonstram os caminhos para inserção da profissão nas ações de reabilitação na ABS:

A bibliografia narra um esforço por parte de muitos profissionais em afirmar a inserção da profissão nas ações de reabilitação na APS, a partir de um deslocamento epistemológico de bases organicistas para intervenções dirigidas a aspectos sócios participativos, independência e autonomia de pessoas e de grupos e constituição de redes sociais de apoio. (ROCHA; SOUZA, 2011, p.37)

A temática do acesso às ações de reabilitação na ABS também é enfocada nos artigos. Souza e Rocha (2010) identificaram que, mesmo com as estratégias utilizadas pela equipe de reabilitação para inclusão das demandas das pessoas com deficiência na ABS, o tema acesso, necessita ser mais discutido e focado de forma sistêmica por usuários, profissionais, serviços, políticas públicas e órgãos governamentais, para que seja construído de forma efetiva e universal.

Acreditamos que a maioria das discussões e publicações enfocando as pessoas com deficiência pode relacionar-se com o maior número de grupos de pesquisa em terapia ocupacional voltadas às pessoas com deficiência. Lopes, Malfitano, Oliver et al (2010) publicaram um estudo sobre o levantamento de Grupos de Pesquisa cadastrados no Diretório

de Grupos de Pesquisa do CNPq que envolveu a grande área da Saúde, subárea de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. O termo "Terapia Ocupacional" foi usado para o nome do grupo, para o título de linha de pesquisa ou para palavras-chave. A pesquisa encontrou trinta (30) grupos registrados dos quais vinte e seis (26) foram considerados para análise, sendo 84% na região Sudeste do Brasil. Dentre esses grupos estudados, identificamos pelo menos sete (7) voltados às temáticas relacionadas às pessoas com deficiência e dois (2) voltados especificamente para a área de saúde mental.

Não encontramos artigos específicos sobre a atuação do terapeuta ocupacional na ABS junto às pessoas com sofrimento mental, embora muitas produções voltadas às ações na saúde mental relatando intervenções dos terapeutas ocupacionais em serviços extra-hospitalares, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ações territoriais em saúde mental (NICÁCIO; CAMPOS, 2005; MÂNGIA; MURAMOTO, 2006), dialogavam com as perspectivas que consideramos fundamentais para atuação do terapeuta ocupacional na ABS no contexto de cuidado às pessoas com sofrimento mental.

Compondo as discussões da categoria na ABS, também encontramos um (1) artigo que fez referências às propostas voltadas para as pessoas com diabetes e hipertensão. O artigo foi escrito por Duarte e Uchoa-Figueiredo (2010) e trata da investigação da qualidade de vida e a vida cotidiana dos pacientes que frequentam o grupo de prevenção do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus do município de Ribeirão Preto- SP.

Segundo as autoras, o trabalho em grupo transdisciplinar de promoção à saúde na ABS tem contribuído para que as pessoas consigam se adaptar às mudanças decorrentes da doença, possibilitando-lhes a construção de um envelhecimento saudável. Nessa perspectiva, toda a equipe de saúde na ABS, inclusive o terapeuta ocupacional, deve prestar sua contribuição ao controle desses fatores, voltados para a modificação de hábitos, rotinas e papéis ocupacionais.

Os demais artigos em número de oito (8) problematizavam a política prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e interface de atuação para o terapeuta ocupacional. Nessa direção, Beirão e Alves (2011) apresentam a inserção e as áreas de atuação da terapia ocupacional no SUS a partir do levantamento das portarias do Ministério da Saúde nos últimos dez (10) anos. As autoras encontraram quarenta e uma (41) portarias vigentes que fazem referência ao terapeuta ocupacional, à maioria se concentrando na área de reabilitação. Também foram estudados os procedimentos previstos no SUS para a categoria, que se relacionam em sua maioria à atuação dos profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial,

demonstrando que na saúde mental a profissão já se encontra inserida e bem sistematizada no SUS.

Com relação aos trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Terapia Ocupacional, encontramos cento e noventa e um (191) artigos sobre ABS no período de 1999 a 2011. Nota-se uma ascendência das discussões da categoria sobre essa temática no período estudado (Quadro 01) demonstrando um aprimoramento do tema no interior da profissão:

Quadro 01- Números de Trabalhos selecionados na temática

Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (CBTO)	Número de trabalhos apresentados	Número de trabalhos selecionados	Porcentagem (%)
VI CBTO	227	06	2,6
VII CBTO	394	16	4,0
VIII CBTO	261	03	1,1
IX CBTO	286	15	5,2
X CBTO	472	22	4,6
XI CBTO	834	49	5,8
XII CBTO	1281	80	6,2
TOTAL	3755	191	5,0

Fonte: ANAIS do VI CBTO, VIICBTO, VIII CBTO, IX CBTO, X CBTO, XI CBTO, XIICBTO.

Cabe destacar que, em 2011, no XII CBTO e IX Congresso Latino- Americano de Terapia Ocupacional foram mil duzentos e oitenta e um (1.281) trabalhos, dos quais oitenta (80) se referiam à ABS, ou seja, cerca de 6,2% dos trabalhos. Esse panorama demonstra que a temática, ao longo dos Congressos Brasileiros estudados, foi ganhando espaço nas mesas e conferências. Inclusive, neste último congresso tivemos um minicurso sobre a atuação da profissão junto aos NASF. De acordo com os anais, o evento, pretendia:

- Divulgar e promover a importância do trabalho em equipe;
- Apoiar e incentivar a implementação de atividades compartilhadas;
- Fortalecer o trabalho do terapeuta ocupacional através de alinhamento conceitual sobre APS, NASF e Apoio Matricial;
- Discutir competências e atribuições do terapeuta ocupacional no NASF.

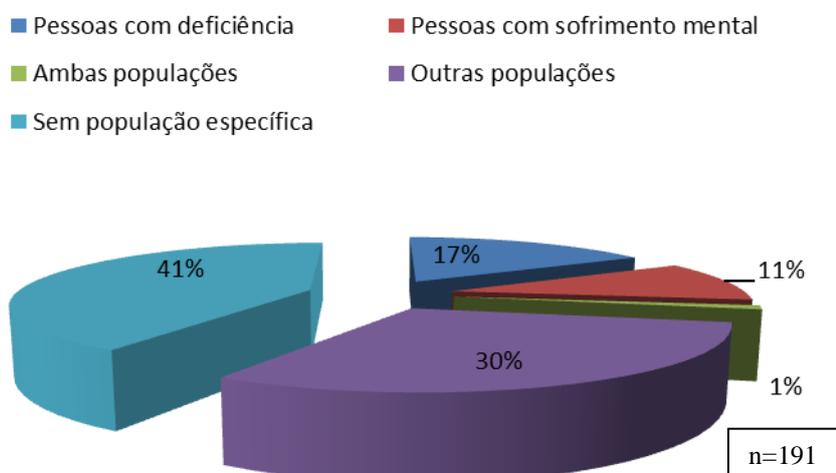
No intuito de promover reflexões sobre as possibilidades e os desafios atuais para a consolidação da terapia ocupacional na Atenção Primária em Saúde no contexto do SUS, assim como possibilitar a articulação de um coletivo de profissionais comprometidos

com o desenvolvimento da profissão nesse campo de assistência, de ensino e de pesquisa, ocorreu também nesse congresso, o 1.º Simpósio de Terapia Ocupacional em Atenção Primária em Saúde, com os seguintes grupos de discussão:

- Formação do terapeuta ocupacional para o trabalho na APS;
- Trabalho em equipe e matriciamento na APS;
- Terapia Ocupacional na atenção primária: atribuições e tecnologias;
- População atendida em terapia ocupacional na APS.

Considerando os sete (7) congressos estudados, dos cento e noventa e um (191) trabalhos selecionados, 41% deles enfocavam a inserção da profissão na Atenção Básica em Saúde sem definir a população alvo das ações (vide gráfico 02). Os trabalhos discutiam o campo de atuação do profissional, inicialmente nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais, posteriormente nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Gráfico 02: Populações alvo das práticas dos terapeutas ocupacionais nos trabalhos apresentados selecionados nos CBTO de 1999 a 2011 sobre a prática na ABS:



Fonte: ANAIS do VI CBTO, VIICBTO, VIII CBTO, IX CBTO, X CBTO, XI CBTO e XII CBTO.

Dentre os trabalhos que apontam para diversos aspectos da atuação do terapeuta ocupacional na ABS, destacamos o trabalho de Marque, Barros e Bairle (2009) que apresentou as intervenções do profissional a partir de três (03) vertentes: ações na comunidade, ações com usuários nas USF e UBS e ações com as equipes de saúde. Autores como Sampaio e Godinho (2009) referem que o campo da APS, permite dar visibilidade à profissão tanto perante a comunidade atendida, quanto aos demais profissionais, assim como

de possibilitar ao terapeuta ocupacional lidar com cotidiano dos usuários dentro de uma proposta de intervenção voltada à promoção da saúde e no território.

Nesta direção, segundo Nunes (2009), o terapeuta ocupacional por considerar a complexidade do ser humano, seu contexto de vida e ações no cotidiano, facilitar suas relações com o outro e com o meio do qual faz parte, pode-se inserir na ESF, por meio de ações na comunidade, que levem em conta suas múltiplas potencialidades, como as residências das pessoas e, em especial, espaços comunitários e sociais, ampliando o serviço de saúde para além de seus limites físicos institucionais.

Desde 2001 há trabalhos voltados às práticas de ensino da terapia ocupacional na ABS (ROCHA; SHIMIZO, 2001). Segundo Souza e Rocha (2009) o processo ensino-aprendizagem, no contexto da ABS contribui para interação dos alunos e das pessoas atendidas por eles, com a comunidade e movimentos sociais. Facilita a formação de profissionais que compreendem melhor o SUS e as articulações necessárias, levando em consideração além do diagnóstico, o território e a comunidade.

A partir do XCBTO que ocorreu em 2007, os debates voltados às práticas de ensino, nesse contexto, incluem as atividades de formação profissional na graduação e pós-graduação com enfoque na ABS, especialmente o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) e o Programa de Residência Multiprofissional como estratégia de articulação entre os cursos de graduação em saúde e os serviços da ABS. Os debates inserem também as contribuições dessas experiências para a formação profissional voltada às necessidades do SUS (SOARES; OLIVEIRA, 2007; ARRUDA; MOREIRA, 2009).

Em 2009, no XI CBTO, emergem as discussões da profissão junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), especialmente aquelas vinculadas às ações previstas na Portaria GM n.º 154, de 24 de janeiro de 2008 para a inserção do terapeuta ocupacional neste serviço, direcionando as ações deste profissional, apenas para a saúde mental (SANTANA; BITTENC; ALMEIDA, 2009).

Segundo Pinho e Almeida (2011) não se trata apenas de garantir por lei a inserção do terapeuta ocupacional nas políticas públicas, através das ações no NASF, mas de definir o perfil das atividades a serem desenvolvidas por este profissional nas políticas públicas.

Nesse contexto, os terapeutas ocupacionais devem seguir lutando para que integrem de fato o conjunto de profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Aparentemente, não apenas estar incluído no NASF será o instrumento que proporcione essa inserção. (PINHO; ALMEIDA, 2011)

As pessoas com deficiência foram alvo de 17% dos trabalhos selecionados. Grande parte deles enfocou ações com participação comunitária na cidade de São Paulo e intervenções profissionais voltadas para as necessidades coletivas de grupos populacionais, como as pessoas com deficiência. Também foi apresentada a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) como estratégia para atuação do terapeuta ocupacional na Atenção Primária em Saúde (OLIVER; AOKI; TISSI, 1999; OLIVER; NICOLAU; TISSI, 2005; OLIVER; AOKI; NICOLAU, 2007; CALDEIRA; OLIVER, 2009).

Aproximadamente 11% dos trabalhos enfocaram os desafios e as ações junto às pessoas com sofrimento mental na ABS. Segundo Brito (2009), as pessoas com sofrimento mental e suas redes de apoio necessitam ser atendidas em suas reais necessidades, e todas as equipes de saúde precisam estar organizadas. Dessa maneira, faz-se necessário repensar a assistência em saúde mental, suas implicações e articulações para o desenvolvimento de ações dentro da rede básica.

Destacamos também que alguns trabalhos relatavam as possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional na saúde mental, por meio das equipes de retaguarda ou apoio em saúde mental. Essas equipes agem como instrumento facilitador da articulação de redes e suporte à ESF para a (re) inclusão de usuários do CAPS na sua comunidade (SALES, 2005). Também o trabalho de Holanda e Menezes (2009) descreve o cuidado interdisciplinar prestado às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia na ABS.

Cerca de 1% dos trabalhos destacou conjuntamente as pessoas com deficiência e as pessoas com sofrimento mental, visando a discutir a inclusão, na ESF, de demandas comunitárias e daquelas referentes às problemáticas não tradicionalmente acolhidas pelos serviços de saúde. Esses trabalhos buscaram compreender como as políticas de saúde podem se tornar instrumentos de inclusão ou exclusão de grupos populacionais ou problemáticas não acolhidas e criar um padrão de proteção social diferenciado que intervém diretamente na vida da população assistida (LOPES; SOUZA; PALMA, 2005 ; LOPES; MALFITANO; PALMA, 2005 ; CARRASCO BASSI; MALFITANO, 2011).

Os trabalhos selecionados que se referiam as ações e relatos de pesquisa dos terapeutas ocupacionais na Atenção Básica em Saúde com outras populações somaram 30%. Entre as populações enfocadas destacamos: idosos, hipertensos e diabéticos, crianças de zero a três anos, crianças em idade escolar, cuidadores, pessoas obesas, gestantes e puérperas, mães adolescentes, jovens e adolescentes, entre outros.

De uma maneira geral, os trabalhos refletem que os terapeutas ocupacionais brasileiros desenvolvem práticas com todas as populações cuidadas pela ABS, inclusive

aquelas com maior prevalência e com programas estabelecidos como hipertensos e diabéticos, gestantes, idosos. Tal fato também foi apresentado na pesquisa de Matsukura e Carvalho (2011):

Em relação à caracterização da demanda atendida pelos terapeutas ocupacionais nas unidades, estão presentes as mais diversas e em todas as faixas etárias, sendo que os atendimentos aos adultos prevaleceram sobre os demais. Porém, os profissionais apontam obstáculos como à falta de acompanhamento e suporte dos outros níveis de atenção à saúde, a ausência de uma intersetorialidade efetiva, a rede de serviços inadequada e o tempo insuficiente para realizar as atividades, situações que impossibilitam o atendimento no serviço de todas as demandas ou mesmo o atendimento da maneira adequada. (MATSUKURA; CARVALHO, 2011, p. 8)

Mesmo diante desse panorama, partilhamos de uma concepção que considera a importância da intervenção do terapeuta ocupacional, frente às necessidades das pessoas com sofrimento mental e das pessoas com deficiência, populações clássicas de estudo, em sua maioria, não acolhidas tradicionalmente pela ABS.

Nesta proposta, o terapeuta ocupacional pode ser um mediador na inclusão das demandas dessas populações (pessoas com deficiência e pessoas com sofrimento mental) junto às equipes de saúde e auxiliar no estabelecimento de redes sociais de suporte junto ao território. Na ABS, o terapeuta ocupacional enfrenta, como outros profissionais, o desafio de propor ações de saúde territoriais, articuladas entre promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças e inclusive ações voltadas à reabilitação, a partir das características, das demandas e das necessidades concretas com a quais se defronta:

A perspectiva que procuramos assumir privilegia a produção de um saber comprometido com a população que deve ser assistida. É a partir do conhecimento da realidade, das necessidades e da maneira de compreender o mundo das pessoas que devemos direcionar nossas investigações e nossa busca de respostas. (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 1999, p. 72)

Concluimos que os terapeutas ocupacionais, inseridos historicamente nos processos de reabilitação, podem contribuir efetivamente para inclusão dessas ações, especialmente no atual contexto da política de saúde brasileira, que evidencia a importância da ABS. Tal como nos anos 1970/1980 nas reformas voltadas à assistência na saúde mental, nos anos 2000, esses profissionais estão se comprometendo em analisar as formas hegemônicas de cuidado na ABS, na tentativa de torna-las mais inclusivas, demonstrando também, a necessidade da real incorporação da profissão nas ações de reabilitação e de apoio às redes sociais de suporte nesse âmbito de cuidado em saúde.

II- CAMINHOS METODOLÓGICOS

Delineamentos metodológicos

Um método sempre reflete a lente do pesquisador, ou seja, sua perspectiva para olhar a problemática em estudo. Segundo Serapione (2000) nosso juízo sobre o valor do método escolhido deve estar relacionado à sua fertilidade para nos aproximar da realidade estudada. Assim buscamos inspiração na dialética materialista histórica.

O materialismo dialético é a base filosófica do marxismo, criado por Karl Marx. Tal como o marxismo, o materialismo dialético realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. A visão dialética parte da perspectiva da simultaneidade e propõe a não neutralidade científica, busca relações factuais, supõe sujeito e objeto de acordo com sua natureza e história, propõe o conhecimento como fato social em si, busca descobrir a essência e refletir o movimento dos fenômenos (LEOPARDI, 2002; TRIVINÕS, 2009).

De acordo com estudo de Pereira (2005), a dialética mostra-se apropriada para explicar a mudança social, quer seja do sistema social global, quer seja de fenômenos cuja transformação é explicada pela transformação local. Outra característica que destacamos no estudo desse autor implica em voltar-se para aquilo que é específico, particular, igualmente presente no entendimento que quanto mais gerais são as determinações, menos elas são capazes de constituir fatores explicativos das situações histórico-sociais concretas:

Esse método se volta, de modo geral, para questões concretas, busca as determinações particulares como as realmente explicativas e usa conceitos elaborados a partir do objeto, por meio do estabelecimento de uma relação dialética entre ele e o sujeito. (PEREIRA, 2005, p. 230)

Consideramos a dialética materialista histórica, uma metodologia genuinamente crítica, pois sua lógica permite compreender a especificidade histórica e a construção social do concreto, para poder agir em sua transformação (LEOPARDI, 2002). Diante do contexto do cuidado em saúde do município de São Carlos, buscamos apreender a realidade de maneira crítica, também apoiada pelas considerações de Frigotto (1989) sobre a dialética materialista histórica:

A dialética materialista histórica enquanto postura, ou concepção de mundo; enquanto um método que permite uma apreensão da realidade e enquanto práxis segue na busca da transformação e de novas sínteses no plano do conhecimento e no plano da realidade histórica. (FRIGOTTO, 1989, p. 73)

Assim, como pesquisadora e terapeuta ocupacional do SUS local, nossa escolha metodológica pauta-se na necessidade de apreender a realidade de maneira mais crítica e compromissada com a melhoria dos cuidados à saúde destinados à população alvo desse estudo.

A construção da problemática da pesquisa foi norteada pela concepção de universalidade, integralidade e equidade como política e “bandeira de luta” pelo acesso ao direito social, nas práticas de saúde e na organização dos seus serviços. Porém, subjacente a essa concepção, encontra-se o entendimento do cuidado à saúde como direito social para todos, inclusive àquelas pessoas que vivem e sobrevivem à precarização do mundo do trabalho e à fragilidade do vínculo social, como as pessoas com deficiência e as pessoas com sofrimento mental.

Portanto, no contexto de desigualdade em que a sociedade brasileira está inserida, a produção de conhecimento na esfera do direito aos cuidados de saúde, nos remete ao diálogo com gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde e com as políticas públicas sociais, no nosso caso, as políticas de saúde. Busca-se, com o uso dessa metodologia, um trânsito, que nos convida a todo o momento, a abrir espaços para a reflexão acerca das experiências realizadas no ambiente microssocial e suas conexões com o contexto macrossocial das políticas públicas (MALFITANO, 2007).

O cenário da pesquisa: O Município de São Carlos- SP

Para caracterização do cenário desse estudo apresentaremos uma breve descrição da história da saúde no município e os principais indicadores de saúde da população. Os dados históricos e demográficos foram obtidos no sítio eletrônico oficial da Prefeitura Municipal de São Carlos¹⁷ e os dados históricos sobre constituição dos serviços de saúde foram baseados em Machado (2007). Já a fonte dos principais indicadores de saúde da população foi o Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

São Carlos foi fundada em 04 de novembro de 1857, mas sua história teve início em 1831, com a demarcação da Sesmaria do Pinhal. Na época da fundação, a povoação era composta por algumas pequenas casas ao redor da capela e seus moradores eram, em sua maioria, herdeiros dos primeiros proprietários das terras da Sesmaria do Pinhal.

¹⁷ Fonte: www.saocarlos.gov.sp.br. Acesso em 10/05/2011.

Foi elevada à categoria de vila em 1865 e em 1874 contava com 6.897 habitantes, destacando-se na região pelo seu rápido crescimento e importância regional. Em 1880 passou de vila para cidade e em 1886, com uma população de 16.104 habitantes, já possuía ampla infraestrutura urbana.

A cidade surgiu no contexto da expansão da lavoura cafeeira, que foi marcante nas últimas décadas do século XIX e nas duas primeiras do século XX. Nas últimas décadas do século XIX ocorreu o fenômeno social que mais influência deixou na região central do Estado de São Paulo: a imigração. São Carlos recebeu imigrantes alemães trazidos pelo Conde do Pinhal em 1876 e, de 1880 a 1904, o município foi um dos principais pólos atrativos de imigrantes do Estado de São Paulo.

Na segunda metade do século XX, a cidade recebeu um grande impulso para o seu desenvolvimento tecnológico e educacional com a implantação, em abril de 1953, da Escola de Engenharia de São Carlos, vinculada à Universidade de São Paulo (USP) e, na década de 1970, com a criação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

O município de São Carlos é uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, na região central do estado, com 221.936 mil habitantes, sendo 108.875 homens e 113.061 mulheres, com 213.070 na área urbana e 8.866 na rural (IBGE, 2010). Localizada geograficamente a aproximadamente 235 Km da capital, o município tem um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,841 e um PIB de R\$ 3.501.274,00 de acordo com informações do sítio eletrônico oficial da prefeitura.

A cidade ficou conhecida como “Capital da Alta Tecnologia” por suas universidades, entre elas a Universidade Federal de São Carlos e os dois campi da Universidade de São Paulo, seus Centros de Pesquisa vinculados à Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias (EMPRAPA) e por abrigar empresas de alta tecnologia.

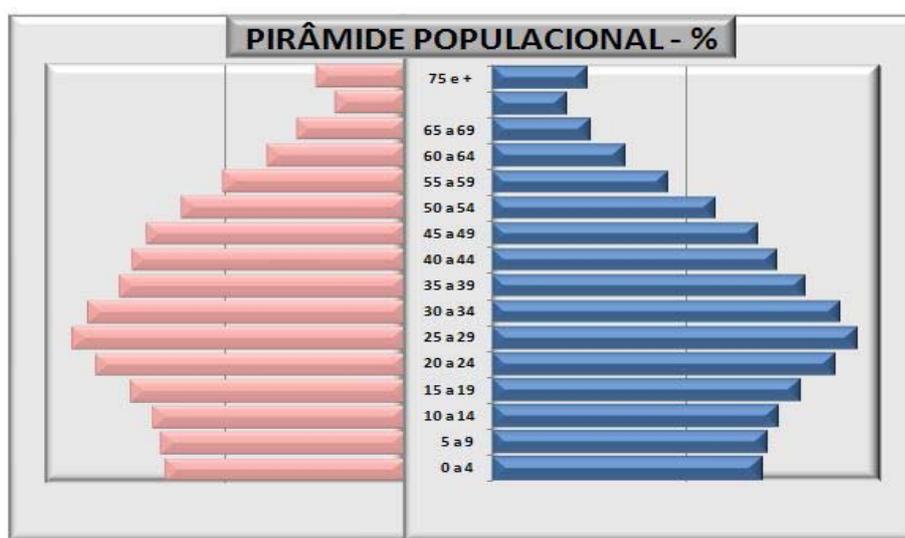
Segundo Machado (2007), São Carlos é uma cidade que evoluiu com os anos, mas que mantém alguns contrastes, entre eles: avanços na tecnologia e manutenção de posturas conservadoras, o uso do laser na medicina e o clientelismo na saúde e, principalmente, o fato de possuir universidades com pesquisas de destaque internacional e por muito tempo, manter absoluta distância com a comunidade local.

Para a autora, a cidade de São Carlos tem uma história bastante típica do interior paulista, por localizar-se em uma região que cresceu com o trabalho dos imigrantes, especificamente com a economia cafeeira. Durante as décadas de 1980 e 1990 ocorreu uma explosão demográfica na cidade, com crescimento de bairros periféricos, tais como: Cidade Aracy I e II, Antenor Garcia, Maria Stella Fagá, Santa Angelina, dentre outros, esse fato

proporcionou um crescimento urbano desordenado, um aumento significativo das demandas sociais e do crescimento da pobreza justamente em bairros desapearelhados de serviços básicos (MACHADO, 2007).

A população residente em São Carlos é formada em sua maioria por pessoas na faixa etária de 25 a 29 anos (conforme Gráfico 03: à esquerda a população feminina e à direita, a masculina).

Gráfico 03- Pirâmide Populacional do Município de São Carlos



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010-2013

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, a constituição de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) que assegure aos usuários a integralidade das ações, tem sido a principal meta do SUS na esfera municipal. Acrescenta-se ainda, de acordo com esse documento:

A possibilidade desta rede de saúde se constituir efetivamente em espaço de prática e de construção do conhecimento, de forma a garantir, em parceria com as instituições de ensino localizadas no município, a adequada formação dos alunos dos cursos da área de saúde, com a necessária qualidade e pertinência para atuação no Sistema Único de Saúde. (SÃO CARLOS, 2009, p. 07).

Considerando a diretriz atual do cuidado em saúde, notamos que a aposta para operacionalização dessas transformações foi à ampliação da Estratégia Saúde da Família e a qualificação da ABS.

Assim, para tratar do cuidado destinado às populações que enfocamos, na ABS, consideramos ser necessário apresentar um resgate histórico a respeito da trajetória do

cuidado em saúde na cidade de São Carlos. Como fonte, utilizamos as informações do livro “História da saúde em São Carlos” que apresenta a história da atenção em saúde no município de 1857 até 2004 (MACHADO, 2007).

Nos primeiros anos, após a fundação da cidade, em meio às epidemias de febre amarela e varíola, em meados de 1898, os serviços de saúde ofertados eram a Santa Casa de Misericórdia (criada em 1871), o Hospital de Isolamento para tratamento de doenças infectocontagiosas, a Vila Hansen criada para atendimento aos leprosos e a Conferência de São Vicente, destinada para tratamento de doenças para pessoas pobres.

Anos depois, assolado pela Gripe Espanhola, o município, em 1918, realizava através da Delegacia de Saúde, as funções de fiscalização sanitária. Foram criados dois (2) novos hospitais para tratamento das pessoas acometidas pela doença: o Hospital de Isolamento da Câmara Municipal destinado aos soldados e o hospital gerenciado pela Cruz Vermelha São-carlense para cuidado dos demais cidadãos gripados.

Nota-se que, em consonância com a história da saúde pública brasileira, as primeiras instituições de cuidado em saúde foram os hospitais, e as ações de saúde pública, em sua maioria, ficavam sob a responsabilidade do serviço de polícia sanitária. Nessa direção, em São Carlos, segundo Machado (2007), têm-se relatos nessa época de um serviço mantido pelo Estado e subvencionado pela Câmara Municipal, denominado Posto de Hygiene, responsável pelos cuidados de imunização.

Entre 1945 e 1965 foram criados, um (1) posto de atendimento médico-sanitário na área rural, dois (2) postos de puericultura, a maternidade, um (1) dispensário para tratamento de tuberculose e um (1) dispensário de dermatologia, além do laboratório estadual “Adolfo Lutz” para a realização de exames clínicos laboratoriais e do serviço de assistência médica da união que prestava atendimento de urgência no horário diurno aos previdenciários.

Em 1967, seguindo o movimento nacional, o município unificou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões dos bancários, comerciários, ferroviários, além do serviço de assistência médica da união no recém-criado Instituto Nacional da Previdência Social (INPS).

No ano de 1970, foi inaugurado o Centro de Saúde 1, atualmente Centro Municipal de Especialidades, que foi pensado para atender à população na lógica das especialidades médicas. Assim, na década de 1970, os serviços de saúde disponíveis eram a Santa Casa de Misericórdia, o Pronto Socorro, o Centro de Saúde, a Casa de Saúde (privado).

De 1970 a 2002, ocorreram muitos episódios relevantes na história da saúde de São Carlos, entre eles, destacamos o aumento das unidades da atenção primária em saúde, o processo de municipalização da saúde e outros, conforme o quadro a seguir:

Quadro 02: Principais momentos históricos da saúde do município de São Carlos

Ano	Momentos Históricos na Saúde de São Carlos
1971	Criado pelo Governo do Estado o Centro de Saúde 01 que mais tarde passou a chamar-se Centro Municipal de Especialidades.
1973	Aberto o Posto de Atendimento Médico do INPS com consultórios de várias especialidades e serviço oftalmológico.
1984	Início das atividades do 1º Posto de Saúde Dr. Lauro Corsi, localizado no bairro da Redenção, considerado o primeiro serviço municipal de saúde da atenção primária do município, no modelo das unidades básicas de saúde embora já tivesse outros serviços de saúde pública anteriormente.
1986	Rede da atenção básica composta por 07 unidades básicas tradicionais.
1990	Implantação do 1º Programa de Saúde Bucal e inauguração da UTI Infantil na Santa Casa de Misericórdia.
1991	Criação do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde e da 1ª Conferência Municipal de Saúde.
1997	Início do Programa de Internação Domiciliar (PID).
1998	Municipalização da Saúde do município e Implantação do Programa Saúde da Família.
1999	O município assume a gestão do Instituto Adolfo Lutz e do antigo Centro de Saúde (atual Centro Municipal de Especialidades). Início do Ambulatório Oncológico em parceria com o Hospital Dr. Amaral Carvalho, da cidade de Jaú.
2002	Realização da 2ª Conferência Municipal de Saúde. Atenção básica composta por 13 unidades básicas tradicionais e 04 unidades de saúde da família.

Fonte: MACHADO, 2007.

Após a municipalização da saúde, em 1998, destacamos no início da década de 1990 a criação do Fundo Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e a realização da 1.ª Conferência Municipal de Saúde. Em 1998 iniciou-se o Programa de Saúde da Família em São Carlos. Até 2002, os equipamentos de saúde da ABS eram majoritariamente UBS tradicionais, em número de treze (13) e quatro (4) USF.

Em consonância com as diretrizes do SUS, especialmente a descentralização, no ano de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu uma nova configuração administrativa, com processo de divisão do município em cinco regiões de saúde, denominadas de Administrações Regionais de Saúde (ARES): ARES Vila São José, ARES Vila Isabel, ARES Cidade Aracy, ARES Redenção e ARES Santa Felícia.

Nessa ocasião iniciou-se também um novo desenho para a atenção básica em saúde, com a criação dos Núcleos Integrados em Saúde (NIS) com a proposta de aproximar as especialidades da atenção básica, num enfoque territorial.



Figura1- Administrações Regionais de Saúde. Fonte: SÃO CARLOS, 2007.

Com a assinatura do PROESF o município de São Carlos caminhou para a ampliação da Estratégia Saúde da Família. Esse incentivo financeiro proporcionou a reorganização da ABS na cidade, com um aumento no número de equipes e unidades de saúde da família.

Em 2006, as mudanças na saúde do município foram advindas da implantação do curso de medicina na UFSCar. Como consequência, ocorreu uma maior caracterização da Rede Escola de Cuidados à Saúde, uma vez que, mediante proposta curricular de inserção na ABS, as unidades básicas de saúde, especialmente as unidades de saúde da família, passaram a receber em maior número alunos de graduação.

Na direção de estruturar a gestão dessa rede de saúde, até o final de 2008, a organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, estava dividida por: Departamento da Atenção Básica, Departamento da Atenção Especializada e Departamento da Atenção Hospitalar. Desde 2009, esta secretaria, possui a seguinte estrutura organizacional: Departamento Gestão Administrativa e Financeira, Departamento da Gestão

do Cuidado Ambulatorial, Departamento de Gestão do Cuidado Hospitalar, Departamento de Regulação, Controle e Avaliação (SÃO CARLOS, 2009).

Esses departamentos possuem algumas divisões. Escolhemos focar a análise, nas ações do Departamento da Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA), pois é responsável pela gestão da ABS. Tal departamento possui a Divisão da Administração Regional da Cidade Aracy, a Divisão da Administração Regional da Vila Isabel, a Divisão da Administração Regional da Redenção, a Divisão da Administração Regional da Vila São José, a Divisão da Administração Regional da Santa Felícia, responsáveis pela ABS. Além da Divisão Ambulatorial Especializada, a Divisão da Assistência Farmacêutica, a Divisão de Controle de Zoonoses, a Divisão de Vigilância Epidemiológica e a Divisão de Vigilância Sanitária.

Sob essa estrutura organizacional, em 2011, o município de São Carlos, possui uma rede de serviços de saúde, que contempla ações nos níveis básico e especializado de cuidado, conforme apresentamos no Quadro 03. Porém, enfatizamos que para os gestores entrevistados, a Rede de Atenção à Saúde de São Carlos, é a Rede Escola de Cuidado à Saúde.

Essa rede é definida em documentos municipais como a conexão e a interligação de todos os equipamentos que prestam serviços ao SUS local e que também são cenários de aprendizagem aos alunos (SÃO CARLOS, 2007). Essa rede recebe cerca de 1.800 alunos por ano dos cursos técnicos e universitários de graduação e pós-graduação das universidades locais, visando ensinar e capacitar os alunos para atuação no SUS e qualificar a assistência ao usuário dos serviços de saúde.

Assim, a proposta da Rede Escola de Cuidados à Saúde, segundo os gestores entrevistados, caminha na direção das propostas do SUS, especialmente aquela estabelecida na Constituição Federal de 1988, que atribui ao SUS à função de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Para a gestão dessa rede, foi formado um Conselho de Parceria formado por representantes vinculados a Prefeitura Municipal, entre eles, gestores e profissionais da saúde, além de representantes da UFSCar. Esse conselho é presidido ora por um representante do município, ora por um da universidade, escolhido pelos demais ao término de cada ano. Os membros fazem reuniões periódico-mensais e deliberam sobre a Rede Escola de Cuidado à Saúde.

Mostra-se como essencial para o município na saúde, enfrentar o desafio de realmente efetivar as ações de ensino e de cuidado em saúde, voltadas para a perspectiva da Rede de Atenção à Saúde, fazendo com que os diferentes equipamentos de saúde ou pontos de

atenção da rede, possam enfim dialogar e construir projetos e ações de cuidado, que se diferenciem apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Quadro 03: Equipamentos da Rede de Atenção a Saúde de São Carlos - 2011

Nº	Equipamento de Saúde	Tipo de Prestador
12	Unidades Básicas Tradicionais	Municipal
17	Equipes de Saúde da Família	Municipal
01	Programa de Agentes Comunitários de Saúde	Municipal
01	Núcleo de Saúde da Família/NASF	Municipal
01	Centro Municipal de Especialidades	Municipal
02	Unidade de Pronto Atendimento	Municipal
01	Serviço Móvel de Urgência - SAMU	Municipal
03	Hospitais sendo eles: Santa Casa de Misericórdia de São Carlos Casa de Saúde Hospital Escola Municipal	Sendo um privado e sem fins lucrativos, um filantrópico e conveniado e outro privado com fins lucrativos
01	Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II	Municipal
01	Centro de Atenção Psicossocial-CAPS Ad II	Municipal
01	Centro de Especialidades odontológicas	Municipal
02	Serviços Radiológicos	Privado/ Contrato
03	Laboratórios - Análise clínicas	Privado/ Contrato
01	Laboratório- Análise patológica	Privado/ Contrato
01	Clínica de Fonoaudiologia	Privado/ Contrato
01	Clínica de Fisioterapia	Privado/ Contrato
01	Unidade Saúde Escola (USE/UFSCar)	Público/ Ensino/ Conveniado
01	Associação de Pais e Amigos Excepcional- APAE	Filantrópico/Conveniado
01	Assistência Farmacêutica	Municipal
01	Vigilância Epidemiológica	Municipal
01	Vigilância Sanitária	Municipal
01	Controle de Zoonoses	Municipal

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010-2013

Atores e Procedimentos da Pesquisa

Partindo do pressuposto que o cuidado em saúde, e principalmente o SUS, se constitui a partir de perspectivas pactuadas entre a sociedade civil, profissionais de saúde e gestores, embasados pelas políticas públicas sociais, procuramos nesse estudo, no contexto do município de São Carlos, apreender as diretrizes das políticas públicas municipais para as

ações em saúde voltadas às populações que enfocamos. Iniciamos nosso campo, a partir da análise documental. Na SMS de São Carlos, nos foi disponibilizado os Relatórios Finais das 2.^a, 3.^a, 4.^a e 5.^a Conferências Municipais de Saúde e o Plano Municipal de Saúde (2010-2013).

A partir da criação do SUS e através da Lei n.º 8.142/1190, a legislação passou a considerar o controle social como importante recurso para gestão do SUS e organização dos serviços de saúde a partir das reais necessidades de saúde dos usuários. Entretanto, segundo Krüger et al (2011) “para os defensores dos colegiados do controle social, tem se tornado um desafio incorporar na agenda política a representação de interesses distintos e a inserção nos Planos de Saúde das proposições nascidas nesses espaços” (p.510).

Essencialmente, as Conferências de Saúde têm a função de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes da política de saúde nos níveis correspondentes. Por meio de seus debates e proposições, possibilitam tencionar a gestão em saúde, as definições orçamentárias e até mesmo o próprio conselho de saúde (KRÜGER et al, 2011). Orientamos a busca nos relatórios finais das conferências municipais, do município de São Carlos, em consonância com as seguintes proposições:

- Propostas com intuito de serem realizadas nas unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da família;
- Propostas direcionadas aos cuidados de saúde, destinados às pessoas com deficiência e pessoas com sofrimento mental;
- Propostas orientadas para a construção de diretrizes /políticas municipais voltadas para as populações em estudo;
- Propostas de inserção dos profissionais não médicos (fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais) na Atenção Básica em Saúde.

Com relação ao Plano Municipal de Saúde (2010-2013), procuramos identificar o planejamento das ações direcionadas às pessoas com deficiência e às pessoas com sofrimento mental, verificando se essas foram elaboradas em consonância com as propostas aprovadas pelas conferências municipais de saúde.

Buscando apreender a realidade e a história de cada um dos atores com a temática retratada, escolhemos a entrevista semiestruturada. Dessa maneira, elaboramos cinco (5) Roteiros de Entrevistas:

1-Roteiro de Entrevista para Gestores da Saúde (Secretário Municipal e Diretor do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial);

2-Roteiro de Entrevista para Gestores da Saúde (Chefe de Divisão das Administrações Regionais de Saúde);

3-Roteiro de Entrevista para Profissionais da Saúde;

4-Roteiro de Entrevista para Profissionais da Saúde- Terapeutas Ocupacionais;

5-Roteiro de Entrevista para Usuários- Pessoas com deficiência e Pessoas com sofrimento mental.

Os roteiros estão disponíveis no Anexo C e foram elaborados¹⁸ à luz das teorias que nos direcionaram, assim como dos questionamentos básicos desse estudo e das informações já obtidas nessa pesquisa em documentos oficiais. Destacamos que as maiores dificuldades nas entrevistas ocorreram com os usuários e alguns gestores, em decorrência de suas agendas.

Quadro 04: Entrevistas realizadas com os atores da pesquisa

Número de Entrevistados	Categoria	Proposta da Entrevista
06	Gestores	Discutir sobre as propostas e ações destinadas especificamente às pessoas com deficiência e pessoas com sofrimento mental, em todos os níveis de atenção à saúde, destacando a atenção básica em saúde, na perspectiva da assistência em rede na saúde.
06	Profissionais da Saúde da atenção básica	Profissionais da equipe dos Núcleos Integrados em Saúde (NIS) que compõem a assistência às populações alvo dessa pesquisa, a saber: 05 fisioterapeutas, 01 nutricionista sobre as ações destinadas às pessoas com deficiência e aquelas voltadas às pessoas com sofrimento mental.
06	Profissionais terapeutas ocupacionais	Essas entrevistas centraram-se na assistência oferecida às pessoas com deficiência e às pessoas com sofrimento mental no município de São Carlos, assim como na recente inserção da categoria profissional na atenção básica em saúde.
06	Usuários	Sendo 03 pessoas com deficiência e 03 pessoas com sofrimento mental. Buscando apreender através da perspectiva destes usuários, elementos sobre o acesso à saúde no município.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

Os usuários foram indicados pelos profissionais de saúde entrevistados que mantinham vínculo com cada um deles. No entanto, por não conhecerem essa pesquisadora, não permitiam a entrada em suas casas, tampouco se disponibilizavam a locomover-se até a UFSCar. Optamos por entrevistar os usuários da Administração Regional de Saúde da Vila

¹⁸ Ao iniciar o campo, fizemos contato com o Secretário Municipal de Saúde (SMS) e com a Diretora do Departamento da Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA) para autorização das entrevistas com técnicos da saúde e gestores. Após a autorização, iniciamos contato com gestores e técnicos que foram convidados para participar do estudo. As entrevistas foram agendadas de acordo com as possibilidades de cada ator desse estudo, o roteiro foi disponibilizado no momento do convite.

Isabel (ARES Vila Isabel) devido a maior facilidade no acesso a esses usuários nas unidades da ABS dessa administração regional.

As entrevistas foram gravadas digitalmente e realizadas pela pesquisadora. Nesse processo, um gestor e três profissionais de saúde só aceitaram participar sem o uso do gravador e mediante uma entrevista escrita. O secretário municipal de saúde e a diretora do departamento da gestão do cuidado ambulatorial propuseram uma entrevista conjunta, assim como as duas (2) terapeutas ocupacionais do CAPS II. Dessa maneira, realizamos vinte e duas (22) entrevistas com vinte e quatro (24) atores.

Usuárias

Entrevistamos seis (6) mulheres, usuárias de saúde do SUS, entre elas três (3) pessoas com deficiência física e três (3) pessoas com sofrimento mental.

Encontramos na literatura que alguns estudos constatam que homens em geral padecem mais de doenças severas e crônicas de saúde do que as mulheres, entretanto, segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a de mulheres. Segundo os autores, esse quadro pode estar associado à própria socialização dos homens, uma vez que o cuidado em saúde não é considerado uma prática culturalmente masculina. Consoantes a tais dados, todas as colaboradoras de nosso estudo foram mulheres.

Quadro 05: Usuárias participantes da pesquisa

Nome	Idade	Situação de trabalho	Vínculo com a saúde	Duração da Entrevista
Dafne	47 anos	Sem trabalho formal, sem vínculo com INSS	UBS sem USF	00:14:19
Esmeralda	54 anos	Recebe auxílio doença pelo INSS	UBS sem USF	00:26:40
Magda	57 anos	Sem trabalho formal, cuidadora de tias idosas, sem vínculo com o INSS	UBS sem USF CAPS II	00:58:40
Maria Elza	58 anos	Aposentada pelo INSS	UBS com USF	00:23:28
Marilene	53 anos	Aposentada pelo INSS	UBS com USF	00:18:23
Tânia	24 anos	Trabalha como profissional do sexo	UBS sem USF CAPS ad II	00:14:56

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Profissionais da Saúde

Fizemos convite para todos os profissionais lotados nos Núcleos Integrados em Saúde, atuantes no apoio às unidades da Atenção Básica em Saúde, no ano de 2010. Dos vinte e quatro (24) profissionais, dez (10) aceitaram a participação, entre eles: quatro (4) terapeutas ocupacionais, cinco (5) fisioterapeuta, um (1) nutricionista.

Segue quadro com informações sobre os profissionais da saúde entrevistados: com ano de formação, local de trabalho e tempo de inserção no SUS do município:

Quadro 06- Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados na pesquisa

Profissão	Ano de formação	Local de trabalho	Tempo de trabalho no SUS em São Carlos	Duração da Entrevista
Fisioterapeuta	1983	ARES Vila São José	15 anos	00:30:17*
Fisioterapeuta	2005	ARES Redenção	01 ano	00:28:33
Fisioterapeuta	1994	ARES Vila Isabel	12 anos	00:14:31
Fisioterapeuta	1991	ARES Santa Felícia	15 anos	01:44:05
Fisioterapeuta	2004	ARES Cidade Aracy	01 ano	00:17:20
Nutricionista	1997	Todos os ARES	03 anos	00:16:21*
Terapeuta Ocupacional	2006	Centro Atenção Psicossocial/CAPS	01 ano	01:14:26**
Terapeuta Ocupacional	1989	Centro Atenção Psicossocial/CAPS	18 anos	01:14:26**
Terapeuta Ocupacional	2006	ARES Santa Felícia	08 meses	01:20:32
Terapeuta Ocupacional	2004	ARES Redenção	01 ano	00:26:40
Terapeuta Ocupacional	1990	ARES Cidade Aracy	09 anos	00:14:03*
Terapeuta Ocupacional	1998	ARES Vila São José	09 anos	01:18:05

*Entrevista por escrito – não aceitou gravação

**Entrevista conjunta

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde- Dados da pesquisa, 2011.

Observamos que os profissionais inseridos no cuidado às populações de nosso estudo, e que aceitaram participar, são em sua maioria terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas (em consonância com o maior número de profissionais contratados), com formação universitária entre 1983 e 2006 e com tempo de trabalho de 15 anos a 06 meses no SUS.

Destacamos que devido a nossa inserção profissional e de estudo no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional optamos também por apresentar e problematizar a

trajetória da terapia ocupacional no SUS local. Por isso, entrevistamos, além das terapeutas ocupacionais atuantes na ABS, duas (2) terapeutas ocupacionais vinculadas à atenção especializada, no cuidado às pessoas com sofrimento mental.

Tal opção deu-se pelo resgate histórico da atuação dessas terapeutas ocupacionais no município, via o discurso delas, acerca de suas trajetórias. O mesmo não foi possível em relação à atuação da profissão junto às pessoas com deficiência, pois não há no município, atualmente, terapeuta ocupacional contratado para desenvolver ações específicas para as pessoas com deficiência.

Não convidamos os profissionais do NASF para participação na pesquisa, pois as ações desse núcleo iniciaram-se em junho de 2011, após prazo estabelecido para levantamento dos dados no campo.

Gestores da Saúde

Convidamos para a pesquisa sete (7) gestores, considerando o secretário municipal de saúde, a diretora do Departamento da Gestão do Cuidado Ambulatorial e as cinco (5) administradoras das Administrações Regionais de Saúde. Dentre eles seis (6) foram entrevistados. Segue quadro apresentando esses gestores.

Quadro 07- Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados na pesquisa

Cargo	Profissão	Local de trabalho	Duração da Entrevista
Secretário Municipal de Saúde	Médico	Secretaria Municipal de Saúde	01:31:44**
Diretora do Departamento da Gestão do Cuidado Ambulatorial	Enfermeira	DGCA	01:31:44**
Chefe de Divisão	Enfermeira	ARES Cidade Aracy	00:28:16
Chefe de Divisão	Assistente Social	ARES Vila Isabel	00:48:32
Chefe de Divisão	Enfermeira	ARES Vila São José	00:36:48
Chefe de Divisão	Dentista	ARES Redenção	00:54:32*

*Entrevista por escrito – não aceitou gravação

**Entrevista conjunta

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

Nas entrevistas, os gestores manifestaram que a organização da rede municipal de saúde está centrada na proposta de construir e consolidar o SUS em São Carlos. Sendo esse, um espaço de cuidado em saúde e cenário de aprendizagem aos alunos dos cursos de saúde das universidades locais.

A partir do material recolhido no campo e daquele acumulado em nossa prática profissional, após as transcrições das entrevistas, procuramos categorizar os temas provenientes do campo, visualizando apontamentos e premissas sobre a rede de cuidados à saúde, especificamente para as pessoas com deficiência e para as pessoas com sofrimento mental no município de São Carlos, SP, assim como das possibilidades de inserção dos terapeutas ocupacionais na ABS.

No contexto apresentado, nossa reflexão se fez a partir da análise documental dos relatórios finais das 2.^a, 3.^a, 4.^a e 5.^a Conferências Municipais de Saúde de São Carlos e assim como pela trajetória de terapeuta ocupacional na ABS deste município e análise das vinte e duas (22) entrevistas realizadas com vinte e quatro (24) atores.

Após organização das categorias e seleção das falas, a análise foi dividida em três (3) eixos temáticos:

- Cuidado em saúde no município de São Carlos na perspectiva dos documentos oficiais e das entrevistas;
- Caminhos e desafios para o cuidado integral em saúde voltado as populações alvo do estudo, na Atenção Básica em Saúde e na Rede de Atenção em Saúde;
- Trajetória da terapia ocupacional no SUS local e ações para as pessoas com deficiência e para pessoas com sofrimento mental, com ênfase na Atenção Básica em Saúde.

III- A DISCUSSÃO SOBRE AS DEMANDAS DAS POPULAÇÕES QUE ENFOCAMOS E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SÃO CARLOS

Análise dos documentos oficiais: Plano Municipal de Saúde e Conferências Municipais de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram instituídas no Brasil a partir do ano de 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas e, juntamente com as conferências de educação, deveriam servir como mecanismo do governo federal para o conhecimento e a articulação das ações desenvolvidas pelos estados nessas áreas (MOTA; SCHRAIBER, 2011). Ao longo da história, as CNS foram estruturando-se e tornando-se cada vez mais fundamentais para o direcionamento das políticas. A histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, trouxe discussões fundamentais para a reorientação do sistema de saúde brasileiro, que acabaram por formar as bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

A VIII Conferência Nacional de Saúde contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. Foi considerado um marco histórico para as reformas ocorridas no setor. Os principais temas debatidos foram: saúde como direito de cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor. (ANDRADE, 2001, p.26)

Com a instituição do SUS, está em construção no nível público, o atendimento universal, integral e equânime de saúde a todos os brasileiros. Como estrutura administrativa se prevê a descentralização político-administrativa, a regionalização com enfoque para as necessidades da população local e para a participação da sociedade na gestão, por meio do controle social.

Nesta política, a Lei n.º 8.142/1990 instituiu o controle social, principalmente por meio da participação da população nos conselhos municipais de saúde¹⁹ e nas Conferências Municipais de Saúde²⁰. Serão enfocados o Plano Municipal de Saúde (diretriz para a gestão) e as Conferências Municipais de Saúde (Anexo D) do município de São Carlos, que deveriam se configurar como “espaços públicos, dentro do qual os interesses dos setores populares são representados” (p.38) e fonte do qual os representantes desses setores (gestores) teriam que considerar para tomada de decisões políticas (CORTES, 2002, p. 38).

Em São Carlos, o ano de 1991, ficou marcado pela criação do conselho municipal de saúde e pela realização da 1.ª Conferência Municipal de Saúde que foi realizada

¹⁹ O conselho municipal de saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, de forma paritária, com caráter permanente e deliberativo, com atuação no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (ANDRADE, 2001).

²⁰ As Conferências de Saúde deverão ter a representação dos vários segmentos sociais, cabendo-lhes a proposição das políticas de saúde nas esferas correspondentes (ANDRADE, 2001).

em 30 e 31 de agosto desse ano com o tema central “Municipalização é o caminho”, fato amplamente discutido na época, no cenário brasileiro, nos “primeiros passos” do SUS.

Não tivemos acesso ao relatório desta conferência, por isso também não obtivemos informações sobre propostas específicas para as populações em estudo. Segundo Machado (2007), foram quatro as temáticas dos grupos de trabalhos nesta Conferência: 1- Recursos Humanos; 2- Gerenciamento, Financiamento e Controle; 3- Programas Básicos; 4- Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

A 2.^a Conferência Municipal de Saúde aconteceu de 14 a 16 de junho de 2002, após dez (10) anos de realização da anterior:

Considerando o histórico de poucas oportunidades de participação da população na discussão das questões relativas à área da saúde no município (como também em outras áreas) entendemos que a Conferência se constituiu em um momento histórico e de estímulo ao envolvimento do cidadão, ajudando a consolidar o princípio da participação da comunidade, contribuindo assim para a implantação definitiva e sólida do Sistema Único de Saúde (SUS) em São Carlos. (SÃO CARLOS, 2002, p.01)

Foram quatro (4) os grupos de trabalho nessa conferência: 1-Direito à Saúde; 2-Controle Social; 3-Modelo Assistencial; 4- Recursos Humanos. As propostas visavam principalmente a dar conhecimento à população sobre as leis que garantem o direito universal a saúde, fortalecimento de ações preventivas nas UBS com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores físicos e outros, assim como a formalização de normas para constituição e funcionamento do conselho municipal de saúde.

Destacamos também propostas na direção de uma maior interação entre as unidades de saúde e a comunidade, assim como de ações de saúde junto às escolas e o estabelecimento de um fluxo de referência e contra referência com as unidades de saúde da UFSCar.

Nesse contexto, as propostas direcionadas às pessoas com deficiência, visavam à eliminação de barreiras arquitetônicas nas UBS para facilitar o acesso, e para as pessoas com sofrimento mental foi aprovada a extensão do atendimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) para o tratamento de adultos, além de propostas que apontavam a necessidade de um Centro de Atenção Psicossocial para tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPS ad).

Notam-se discussões sobre o acesso das populações que enfocamos. Quanto às pessoas com deficiência, as propostas apontavam para a eliminação de barreiras arquitetônicas nas UBS. Entendemos essa questão como necessária ao acesso na ABS, uma

vez que, historicamente, essa população tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, pois, tradicionalmente, é considerada como usuária dos serviços especializados (ROCHA, 2006).

Entretanto, entendemos que a complexidade do tema acesso também passa por movimentos de desconstrução das barreiras sociais imposta pela sociedade para as pessoas com deficiência, uma vez que entendemos que acesso também se refere à eliminação de barreiras que envolvem atitudes de preconceitos e de discriminação.

No campo da saúde mental, as propostas dessa conferência visavam ampliar o acesso aos equipamentos de saúde comunitários e territoriais que surgiram no Brasil, especialmente os CAPS, na contramão do isolamento e do estigma imposto pelo tratamento asilar. Acompanhamos de perto esse movimento, enquanto terapeuta ocupacional na assistência à saúde mental no CAPS II. Num primeiro momento, a criação do CAPS II redirecionou as pessoas com sofrimento mental para um cuidado mais singular, humanizado e com propostas de inserção social fora dos limites do CEME, entretanto não assegurou a mudança efetiva do modelo, uma vez que a rede municipal de saúde não acompanhou tal movimentação.

Após as discussões no campo do direito à saúde, focado na conferência anterior, a 3.^a Conferência Municipal de Saúde que aconteceu em 2007 destacou a proposta da Rede Escola de Cuidados à Saúde em São Carlos:

Nesta 3^a Conferência realizada em São Carlos, destaque deve ser dado ao momento ímpar no qual se discutiu a Rede Escola de Cuidados à Saúde, em implantação no município. As responsabilidades na construção desta rede foram compartilhadas entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços prestados nas áreas de saúde e de educação: a gestão compartilhada é o caminho apontado. (SÃO CARLOS, 2007, p.03)

Os eixos temáticos nessa conferência municipal foram: 1- Rede Escola e Formação em Saúde e Gestão do Trabalho; 2- Financiamento; 3- Rede Escola e Controle Social e 4- Saúde e qualidade de vida. Tivemos as deliberações em torno da formação dessa rede, com propostas de inclusão de todos os cursos e instituições de saúde e outras áreas na formação da rede.

Além de propostas que visavam à ampliação da Estratégia Saúde da Família, especialmente em áreas rurais da cidade, definiram-se, ainda, linhas de cuidado²¹ como forma de integração dos serviços da Rede Escola.

²¹ Conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertada de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de

Considerando as populações em estudo, quanto às pessoas com deficiência, destaque para a proposta de melhoria do acolhimento nas unidades de saúde e a alocação de equipe multiprofissional nos Núcleos Integrados em Saúde (NIS) para atenção as demandas dessa população.

Para a saúde mental, iniciou-se um debate na perspectiva de se pensar a rede em saúde mental. Com trabalho dos CAPS não sendo mais considerados pela gestão como únicos responsáveis para o cuidado em saúde mental, surge a necessidade de outros serviços para atenção a essa população, para além deles. Apresenta-se então nessa conferência, uma proposta voltada ao serviço de urgência e emergência do SAMU na atenção à crise, uma proposta de criação de um CAPS II ad para adultos, proposta de implantação projetos de inclusão social para o trabalho das pessoas com sofrimento mental, de criação de residências terapêuticas e principalmente de inclusão dos profissionais nos NIS, na expectativa de articulação do cuidado com os dois (2) CAPS e efetiva reabilitação psicossocial.

Destacamos que o início da Rede Escola de Cuidados à Saúde trouxe para a saúde do município, novos olhares, especialmente para a rede básica de saúde, abrindo portas para novas perspectivas na atenção à saúde, entretanto, não significou efetivamente o início das ações em rede, uma vez que ao priorizar a ABS, outros pontos de atenção da rede não tiveram o mesmo destaque e incentivo das políticas municipais.

Em 2009, de 26 a 28 de novembro, aconteceu a 4.^a Conferência Municipal de Saúde com sete (7) eixos de debates. O primeiro deles, chamado de “Implantação e reestruturação de unidades/recursos”, de uma maneira geral, debateu a adequação e a manutenção de estruturas físicas e recursos humanos para receber os usuários, estudantes e trabalhadores, construindo adequadamente a Rede-Escola.

O segundo eixo, chamado de “Humanização na assistência e qualificação profissional”, apresentou propostas de capacitação para todos os profissionais da saúde, com o trabalho centrado na integralidade do cuidado, no trabalho em equipe, no apoio matricial e na humanização do atendimento.

As propostas de uma política de formação sobre participação popular e controle social para os trabalhadores da saúde, além de propostas de discussão com a comunidade sobre a transformação das UBS em USF, nortearam o terceiro eixo dessa conferência, que foi intitulado “Controle social e participação popular”.

O quarto eixo deliberou sobre a temática do “Fortalecimento da rede e da intersetorialidade” e enfocou a necessidade de ações conjuntas entre as unidades de saúde, as escolas, os demais equipamentos sociais, as instituições religiosas e outras instituições comunitárias, criando espaço de encontros mensais intersetoriais no território, envolvendo as diversas secretarias e movimentos sociais.

No quinto eixo, “Processos de trabalho das equipes e organização dos serviços de saúde”, o debate centrou-se no fortalecimento da rede de saúde tendo como principal porta de entrada os serviços da Atenção Primária em Saúde.

Um destaque dessa conferência foi o sexto eixo, apresentado pela temática “Políticas, programas e estratégias específicas”, cujas propostas enfocaram a criação de grupos técnicos para planejamento e acompanhamento das linhas de cuidado estabelecidas.

Finalizando, o sétimo eixo apresentou as propostas de “Educação em saúde”. Ocorreu o debate em torno da necessidade de ações de educação em saúde para usuários nas unidades de saúde, além da criação de uma política municipal de educação permanente.

Parece ter ocorrido nessa conferência, uma tentativa na saúde de debater e deslocar a centralidade da ABS para a Rede de Atenção à Saúde como um todo, principalmente no estabelecimento das linhas de cuidado, da criação dos grupos técnicos e articulação de ações intersetoriais. Entretanto, conforme temos observado em nosso cotidiano profissional e também nas entrevistas com demais colegas profissionais da saúde e até mesmo com os usuários, essas ações deliberadas nessa conferência, não acontecerem de fato e aquelas que se concretizaram como o grupo técnico de saúde mental, tiveram dificuldades para continuar o movimento de mudança e acabaram tempos depois.

Ainda em 2009, após a realização dessa conferência, foi elaborado pela gestão municipal, o Plano Municipal de Saúde (2010-2013). Esse plano foi proposto a partir de 29 problemas prioritários citados na íntegra no Anexo D. Considerando o enfoque dessa pesquisa, apresentamos abaixo, os problemas apontados e voltados especificamente ao cuidado em saúde destinado às populações estudadas.

Relacionando-se as pessoas com deficiência, o problema estabelecido pela gestão apontava para a fragilidade no cuidado integral aos usuários do SUS em recuperação e reabilitação. Foram propostas as seguintes ações, visando à consolidação da rede de cuidado para as pessoas em recuperação e reabilitação:

- Implantar dois (2) Centros de Reabilitação em parceria com o Pró-Saúde;
- Realizar gestão para a expansão das ações de reabilitação nas ARES;
- Implantar dois (2) NASF 1 e dois (2) NASF 2.

Nota-se que, para as pessoas com deficiência, as propostas das conferências se mantiveram na direção de ampliação do acesso, principalmente com a eliminação de barreiras arquitetônicas e necessidade de ações de reabilitação através da criação de um Centro de Reabilitação, propostas enfocadas desde a conferência de 2002. O Plano Municipal de Saúde (2010-2013) contemplou as propostas das conferências de saúde, voltadas às pessoas com deficiência, especialmente da 4.^a conferência. Entretanto a fragilidade no cuidado integral aos usuários do SUS com deficiência ainda permanece, pois as propostas das conferências e do plano municipal, ainda não se concretizaram.

Com relação às pessoas com sofrimento mental, o problema apresentado pela gestão no plano municipal, indicava para a inexistência de ações efetivas de saúde mental. Foram propostas as seguintes ações, buscando atender as necessidades das pessoas com sofrimento mental:

- Construção e ampliação de uma política municipal de redução de danos (álcool e outras drogas);
- Ampliação da cobertura do CAPS ad II para adultos;
- Pactuar com os hospitais do município, a garantia de leitos para internação em saúde mental;
- Buscar ações integrativas junto aos profissionais de segurança para a intervenção junto às pessoas com sofrimento mental;
- Estimular estratégias de suporte às famílias para cuidar de seus familiares com sofrimento mental;
- Implantar a equipe de saúde mental nos NIS com qualificação necessária ao cuidado e matriciamento;
- Fortalecer a Terapia Comunitária e ações complementares como política municipal;
- Fortalecer a integração entre o programa de Residência Multiprofissional da UFSCar e as unidades de saúde;
- Recompor o Grupo Técnico de Saúde Mental;
- Estudar a Implantação do projeto de Residência Terapêutica.

Em nossa análise, na saúde mental, consideramos que as propostas da 4.^a conferência de saúde e do Plano Municipal de Saúde (2010-2013), caminharam na implantação de ações voltadas à Rede de Atenção Psicossocial. Mesmo assim, o município continuou não oferecendo a maioria dessas ações, comprando de um município vizinho vagas para internação em um hospital psiquiátrico, sem a recomposição do grupo técnico de saúde

mental, equipe de saúde mental incompleta nos NIS não atuando formalmente na lógica do apoio matricial.

No ano de 2011 realizou-se a 5.^a Conferência Municipal de Saúde, intitulada “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”, caminhou na direção das ações e metas previstas no Plano Municipal de Saúde (2010-2013). Os eixos temáticos foram: Controle social, Financiamento da ABS, Acesso e Acolhimento, Vigilância e Saúde, Recursos Humanos para o SUS.

Novamente as propostas nessa conferência, apontaram para a necessidade de ampliação da Estratégia Saúde da Família e do NASF, além da realização de um mapeamento de populações vulneráveis por Administração Regional de Saúde, visando estabelecer uma política de promoção de saúde para essas pessoas.

A promoção da saúde, segundo o Ministério da Saúde é uma das estratégias desse setor para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 30 de março de 2006, estabeleceu as diretrizes e apontou estratégias de organização das ações de promoção da saúde, com ênfase das ações na ABS:

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. (BRASIL, 2010, p.11)

Essa concepção, que vincula o setor saúde ao trabalho territorial e intersetorial, também pretende indicar os estilos saudáveis para fazer “andar a vida” das pessoas e comunidades:

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes. (BRASIL, 2010, p.15)

Nossa crítica para esse enfoque na política de saúde estrutura-se na concepção de que a busca por melhores condições de vida passa pela saúde, porém não se extingue nela.

O discurso da promoção de saúde neste setor, embora necessário, esconde efetivamente as demandas por cuidados, inclusive de doenças e ações de reabilitação.

Notamos incorporação das proposições das conferências na elaboração do Plano Municipal de Saúde (2010-2013) e vice-versa, entretanto, mesmo sendo considerada prioridade na política de saúde local, não foram efetivamente implantadas no município. Supomos que isso aconteça devido à ênfase do setor saúde em São Carlos para atividades de promoção a saúde, inclusive para as populações que enfocamos, mesmo diante de outras necessidades.

Destacamos que desde 2002 as propostas para as pessoas com deficiência, são as mesmas, demonstrando que as necessidades dessa população não foram atendidas em dez (10) anos, principalmente no que diz respeito à criação de um centro de reabilitação municipal e ações efetivas para as demandas dessa população na ABS.

Pode-se dizer que a problemática dessas pessoas, não ficou invisível aos gestores, uma vez que o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 apresentou como principal problema a fragilidade do cuidado integral às pessoas em recuperação e reabilitação. Entretanto, é recorrente em São Carlos, a dificuldade para realização efetiva das ações previstas frente às necessidades de saúde da população.

Segundo um dos gestores da saúde, as ações previstas estão em construção e a maior dificuldade para a sua implantação, especialmente aquelas necessárias para as populações em estudo, encontra-se na falta de recursos e financiamento destinado ao setor saúde:

Então, eu acho que o nosso município se pensar nas políticas públicas, ele caminhou nesse sentido, tanto é que são poucos os municípios que têm uma Secretaria de Cidadania e Assistência Social, são poucos os municípios que têm uma Secretaria de Infância e Juventude. Uma cidade onde você tem conselhos nos mais diferentes níveis, seja de álcool e droga como o COMAD, por exemplo, seja na questão de cumprir o Estatuto da Criança e do Adolescente, com conselho voltado a essas pessoas. Assim como conselho de pessoas com deficiência, vamos falar assim, e que você tem na cidade a construção de uma política, isso acontece no Brasil de uma maneira geral. Se pensar ações para pacientes ou pessoas que tem uma situação mais específica, uma deficiência, por exemplo, do ponto de vista órtese e prótese eu acho que não evoluímos, do ponto de vista de acesso à saúde mental, eu acho que nós evoluímos, nós conseguimos construir (...) **eu tenho claro que ainda têm problemas de acesso**. Na saúde mental, eu não tenho o que fazer com meu paciente que surta hoje na cidade, os profissionais têm dificuldade em sedar esse paciente, mas à medida que seda não tem onde ele ficar, eu poderia, deveria ter a ampliação dos meus centros de atenção psicossocial, seja ele para adolescente, para o problema de audição, para o problema de saúde mental, **eu não tenho essa condição, não tem recurso?** (Gestor 01, grifo nosso)

Aliás, considerando os recursos financeiros, na última década, na saúde, eles chegaram aos municípios, principalmente através das políticas indutoras do MS, via Estratégia Saúde da Família. Em São Carlos não foi diferente, os gestores da saúde do município, adotaram o discurso da atenção integral priorizada a partir da ESF e obtiveram financiamento das ações propostas.

Consideramos como fundamental no cuidado as populações em estudo, a construção de políticas públicas com cortes setoriais, entretanto, para um dos gestores da saúde, essa proposta, conflita com a proposta da saúde do município, a de cuidar integralmente das pessoas através da ESF:

Você ter uma política para uma determinada clientela, ou para uma determinada patologia, determinada deficiência, ou determinada especialidade é um equívoco, ou, se não é um equívoco, ele conflita, muito, com você falar que vai cuidar das pessoas então, nós estávamos propondo cuidar das pessoas, nós estamos nos propondo a cuidar das famílias, nós estamos nos propondo a cuidar da população então o que nós estamos nos propondo é cuidar das pessoas, e com equidade, isso é uma coisa muito importante, que, quem precisa mais, tem que ter mais, talvez, em determinados municípios ou, em determinados grupos na sociedade já exista e é verdade. **Então, eu acho que o que nós estamos falando do Programa Saúde da Família, de Estratégia de Saúde da Família, do cuidado integral, isso tudo está incluído** e aí o desafio é muito maior. (Gestor 01, grifo nosso)

Concordamos que a Política de Atenção Básica dentro do SUS prevê que toda a população deve ter acesso a este serviço. Isso inclui as pessoas com deficiência, as pessoas com sofrimento mental, idosos, enfim, todos. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que fatores de risco e algumas enfermidades exigem modelos mais complexos, e as ações devem ser diferenciadas de acordo com diferentes demandas como aquelas das populações em estudo (CAMPOS, 1997).

Ao contrário dos gestores entrevistados, acreditamos que a perspectiva das políticas específicas também se aplica às políticas sociais, inclusive as de saúde. Defendemos uma concepção de política universal, que garanta a todos o direito à saúde, mas que considerem as diferentes demandas das pessoas que possuem necessidades específicas referentes aos processos de saúde-doença e aos seus cuidados.

Segundo Senna (2002), a focalização das políticas sociais para grupos mais vulneráveis é defendida como forma de promover o acesso desses setores aos programas e aos

serviços sociais. Nesse contexto, a focalização assume o sentido de ação afirmativa ou discriminação positiva²².

No entanto, de acordo com a autora, é imperativo que as ações focais estejam integradas a uma política mais ampla que forneça suporte social, garanta direitos universais e que permita aos diferentes grupos sociais o desenvolvimento de suas capacidades para que não se transforme em discriminação negativa.

Segundo Castel (2008), ser discriminado negativamente significa “ser associado a um destino embasado numa característica que não se escolhe, mas que os outros devolvem como uma espécie de estigma” (p. 14).

Acreditamos que a ampliação (entendida como a incorporação das diferentes demandas) seja das políticas e/ ou das ações de cuidado em saúde, referentes às populações que enfocamos, foi desconsiderada pelos gestores da saúde em São Carlos, uma vez que o único caminho vislumbrado e defendido por eles foi avançar no cuidado na ABS, enfocando a promoção da saúde e não em uma rede de ações voltadas às necessidades dessas populações:

Eu acho que o foco é esse, se é com deficiência, se é com sofrimento mental ou qualquer outra questão, é cada vez mais apostar na ABS, que é ela que vai fazendo esse norte, seu eu tenho essa lógica de cuidar das pessoas dentro de um determinado território, então eu acho que enquanto a gente não conseguir avançar isso da ABS, nós não vamos conseguir também avançar no cuidado dessas pessoas. (Gestor 06)

Essa aposta na ABS, especificamente na ESF para remodelar o modelo de assistência à saúde, defendido pelos gestores da saúde em São Carlos, por si só talvez não produza o impacto esperado. Segundo Merhy e Franco (2002), para que tal fato ocorra, seria necessário a ESF modificar os processos de trabalho em saúde e o próprio cuidado em saúde.

Observamos que a mudança na política de saúde em São Carlos desconsiderou o lugar ocupado pelas UBS nas ações de saúde, criando os NIS, porém, com a proposta de aproximar a especialidade da ABS, não incorporou tais profissionais efetivamente às propostas deste nível de atenção à saúde.

Neste contexto, a ampliação das USF e do próprio modelo de atenção proposto pela ESF, por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado, uma vez, que segundo Merhy e Franco (2002), pode haver ESF médico centrado ou usuário centrado, vai depender da maneira de produzir o cuidado em saúde.

²² O princípio destas práticas consiste em desdobrar esforços em favor de populações a fim de integra-las ao regime comum e ajuda-las a reencontrar esse regime (CASTEL, 2008).

A Rede de Atenção à Saúde e as ações voltadas para as pessoas com sofrimento mental em São Carlos

No que compete aos cuidados primários de saúde, identificamos que o município de São Carlos passou a oferecer ações de saúde mental através da inserção de equipes multiprofissionais localizados nos NIS, entretanto, essas equipes têm formações diferentes em cada NIS, assim como as ações desenvolvidas pelo Programa de Residência Multiprofissional da UFSCar²³ e pelo NASF em algumas USF, de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 08: Profissionais e residentes inseridos no cuidado em saúde mental na ABS.

ARES	Profissionais inseridos no cuidado em saúde mental nas UBS/NIS	Profissionais inseridos no cuidado em saúde mental nas USF
ARES Cidade Aracy 01 UBS/NIS 01 UPA 05 USF	Terapeuta Ocupacional Psiquiatra Farmacêutico	Residência Multiprofissional (USF Aracy I, USF Aracy II, USF Presidente Collor, USF Antenor Garcia) NASF (Todas USF)
ARES Vila Isabel 01 UBS/NIS 02 UBS 03 USF	Terapeuta Ocupacional Psicólogo Farmacêutico	Residência Multiprofissional (USF Cruzeiro do Sul/Equipe I;USF Cruzeiro do Sul/Equipe II) NASF (Todas USF)
ARES Redenção 01 UBS/NIS 01 UBS 01 USF	Terapeuta Ocupacional Psicólogo Farmacêutico	Não tem NASF e Residentes
ARES Santa Felícia 01 UBS/NIS 02 UBS 04 USF	Terapeuta Ocupacional Psicólogo Farmacêutico	Não tem NASF e Residentes
ARES Vila São José 01 UBS/NIS 02 UBS 04 USF	Terapeuta Ocupacional Psicólogo Farmacêutico	Residência Multiprofissional USF Agua Vermelha Não tem NASF

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

Nos pontos da atenção especializada, o município possui um (01) CAPS II, um (01) CAPS II ad, um (01) ambulatório de saúde mental infantil no CEME e ações voltadas

²³ O Programa de Residência Multiprofissional da UFSCar possui uma equipe de referência composto por dentista e enfermeiro, além de uma equipe matricial com terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, educador físico e nutricionista.

para adultos com sofrimento mental na Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar. Mesmo contanto atualmente com 03 hospitais gerais, nenhum possui leitos para pessoas com sofrimento mental em crise, as internações psiquiátricas ocorrem em um hospital psiquiátrico de Araraquara que atende a microrregião, mediante parceria com os municípios.

Na formação dessa configuração que apresentamos a presença do Fórum de Saúde Mental (movimento de profissionais da saúde mental, familiares e usuários) desde sua criação (início dos anos 2000) foi muito relevante nas mudanças ocorridas na saúde mental em São Carlos, segundo um profissional de saúde:

No final de 2000 a gente começou a ficar indignado com a situação da saúde mental e começamos com o Fórum de Saúde Mental. A gente começou a pensar: como que vai acontecer, como vai atender, aí começamos a pensar o Fórum. Nesse momento, com uma iniciativa do Fórum, a gente começou um movimento de rediscutir algumas coisas, inclusive a atenção. Nesse momento tivemos a contratação de psicólogos, aí essas pessoas entraram, não tinha nada organizado e também eu não senti nesse momento (estou falando minha impressão hein!), não senti nesse momento que as pessoas estavam interessadas em trabalhar em grupo. Ali era um simples espaço, pra conseguir se projetar no consultório. Então não se envolvia, não tratava, tinha uma diferença no tratamento que faziam ali e no tratamento em outros espaços não públicos. Isso tinha que mudar e começamos a pensar no CAPS. (Profissional da saúde 08)

Anteriormente à criação do CAPS II em São Carlos, o cuidado em saúde mental acontecia de maneira ambulatorial dentro do CEME. Em 2002, uma terapeuta ocupacional assume a articulação de saúde mental deste município e iniciou junto ao Fórum de Saúde Mental e à Secretaria Municipal de Saúde um movimento para mudar esse cuidado:

Na sala de espera do CEME colocávamos atividades, jornais, os pacientes pintavam, desenhavam, plantavam. Então eles tiveram um espaço lá. Isso passou a acontecer das 07 da manhã (porque o médico atendia às 07 horas) até as 09 e à tarde da 13 às 15 horas. Tinha todo dia, de manhã e à tarde. Os pacientes que iam para o grupo de sala de espera de manhã, voltavam à tarde porque achavam muito bom ir lá conversar com a gente, fazer atividades. Começou a ficar muita gente indo lá, os pacientes querendo conversar... Começamos a conhecer eles pelo nome, então começou a ter uma outra relação aí. A gente começou com isso a incomodar o resto do CEME. Literalmente construíram um muro na nossa sala de espera, alegando reformas para o DST. Aí chegou num ponto que o Fórum foi crescendo, se mobilizando, nós tivemos a primeira pré-conferência de saúde mental. Ela sinalizou um monte de situações, inclusive a abertura do CAPS. Tiramos delegados daqui e fomos pra Estadual e depois pra conferência nacional. Quando a gente volta da nacional, a secretaria tinha alugado casa pra ela mudar, eles iam fazer uma mudança na secretaria e ficar com a vigilância sanitária ao lado. Mas teve problema, alugou só uma casa e eles não foram. Rapidamente a gente precisava sair do CEME, eu vim de Brasília dizendo que se abrisse o CAPS, tinha uma verba extra teto, você consegue financiamento. Era pegar ou largar, eu acredito que se a gente não tivesse feito essa mudança à gente estava no CEME até hoje. (Profissional de saúde 08)

Como já apresentamos, o CAPS II iniciou um novo momento na saúde mental em São Carlos, entretanto sozinho ele não seria capaz de mudar o panorama do cuidado às pessoas com sofrimento mental. Nessa reorganização, ocorreu a estruturação dos NIS, que contemplou a inserção de médicos psiquiatras e demais profissionais para atuar junto a essa população a partir de 2003. Nessa época, o município passou a descentralizar a gestão em saúde, com propostas de divisão do município em Administrações Regionais de Saúde (ARES) e de acordo com um profissional de saúde, a visualização da rede de saúde na linha de cuidado da saúde mental no município foi pensada incluindo a rede básica e os serviços especializados, mas não aconteceu conforme planejado, como contou esse profissional da saúde:

Em cada região de saúde ou território tínhamos no mínimo 02 terapeutas ocupacionais, 02 psicólogos, 01 assistente social, um educador físico e 01 psiquiatra, essa equipe já estava constituída desde 2002 pra saúde mental no NIS. Essa equipe ia dar conta desse território e nessa época até a gente já começou a construir essa lógica... Transtorno leve e moderado ficava no território e transtorno severo no CAPS. A dependência química, a gente decidiu que como não tinha CAPS ad, ficaria somente nos NIS. Aí foram acontecendo algumas situações que nós não conseguimos cumprir com isso, não conseguiu contratar essa equipe, essa equipe está incompleta até hoje. (Profissional de saúde 08)

A inauguração do CAPS ad II ocorreu em 2007 devido a uma parceria com a recém-criada Secretaria de Infância e Juventude. Essa secretaria passou a ser responsável pelo cuidado aos usuários de álcool e outras drogas até 18 anos. A lacuna de um espaço territorial destinado para tratamento aos usuários maiores de 18 anos continuou, assim como a falta de um suporte à crise (com leitos de internação) em hospital geral e nos serviços de urgência e emergência.

Nos últimos anos em São Carlos, o setor saúde colaborou na criação do Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), o CAPS ad II ampliou o cuidado para os adultos em 2011, mantendo, entretanto a mesma equipe de trabalho. Na diretriz de tratar integralmente via Estratégia Saúde da Família, a gestão contratou uma terapeuta ocupacional que, desde 2008, iniciou um trabalho junto a essa população no ARES Cidade Aracy, criando uma interlocução com o Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD), da Universidade de São Paulo²⁴.

²⁴ O PAI-PAD é um programa iniciado em 1999 no Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O principal objetivo do programa é o desenvolvimento de estratégias e ações voltadas para a prevenção e atenção aos problemas causados pelo uso de álcool e drogas, especialmente através do assessoramento técnico de instituições de saúde e ações diretas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011).

O trabalho vem sendo realizado junto às unidades de saúde da família e NIS do ARES Cidade Aracy, além de escolas locais. Contempla ações de prevenção, promoção da saúde e intervenção através do Plano de Recaída (PPR). Essa terapeuta ocupacional vem sendo multiplicadora no município de estratégias de prevenção e tratamento para álcool e outras drogas e em 2011 deu continuidade nas atividades compondo a equipe do NASF.

Considerando que múltiplas dimensões da vida do indivíduo (relacionamento familiar, convívio social, trabalho, saúde) são afetadas em função do uso/abuso de álcool e outras drogas, ressaltamos que, apesar de alguns avanços em São Carlos, como a ampliação do CAPS ad II para atenção aos adultos, assim como as ações individuais e coletivas realizadas pela terapeuta ocupacional junto ao ARES Cidade Aracy, o cuidado em saúde para essa população está longe de ser o preconizado pela política do MS que propõe um cuidado integral em uma Rede de Atenção Psicossocial.

Em 2011, a proposta da Rede de Atenção Psicossocial, pressupôs uma atenção integral através de:

- Atenção Básica em Saúde;
- Atenção Psicossocial Especializada (CAPS);
- Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192/ UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, entre outros);
- Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento²⁵ e Comunidades Terapêuticas²⁶);
- Atenção Hospitalar;
- Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos²⁷);
- Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais).

²⁵ É um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. Existem 02 modalidades: Unidade de acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do Crack, Álcool e Outras Drogas, maiores de 18 (dezoito) anos e Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

²⁶ Serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Instituição funciona de forma articulada com a atenção básica -que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários - e como Centro de Atenção Psicossocial

²⁷ São moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Portanto, em São Carlos, foi iniciado um cuidado na ABS, que atualmente está longe do ideal e acaba por prejudicar a definição do cuidado nos CAPS. O município não possuiu uma atenção estruturada nos serviços de urgência e emergência, tampouco unidades de acolhimento ou leitos em hospitais gerais. Concordamos que contribui para essa situação, a falta de uma coordenação, de um direcionamento no cuidado:

Eu tenho dificuldades desde o projeto de trabalho, na verdade eu não vejo no município um projeto de trabalho na saúde mental na atenção básica. Isso é muito difícil, fica muito nas mãos do profissional de saúde mental decidir o que vai fazer ou não vai fazer (vai atender quem? De que jeito vai atender?). Embora cada território administrativo tenham suas particularidades, eu não sinto que tem uma direção do que o município gostaria que fosse feito. (Profissional de saúde 12)

Nesse momento a gente está sem coordenação, o município não tem coordenação de saúde mental. Desde que começou o grupo técnico começou esse coordenador que saiu, foi destituído esse grupo e ficamos sem coordenador. A diretora regional incorporou a saúde mental, esta acontecendo ações e não estão conseguindo ter trocas. Falta essa costura porque precisa ter uma coordenação, um grupo técnico. Não é porque foi uma experiência frustrante que não deu certo que não dará nunca feito. (Profissional de saúde, 08)

Acreditamos que uma coordenação e um direcionamento político potencializariam as iniciativas do Fórum de Saúde Mental e ações que já acontecem na saúde mental, entretanto, identificamos que a RAS e dentro dela a Rede de Atenção Psicossocial precisam funcionar efetivamente para qualidade no cuidado junto às pessoas com sofrimento mental.

A Rede de Atenção à Saúde e as ações voltadas para as pessoas com deficiência em São Carlos

Os profissionais que entrevistamos relataram que essa configuração que vamos apresentar para o cuidado em saúde voltado às pessoas com deficiência, passou a vigorar desde 2007. Anteriormente, no início dos anos 2000, o município teve um Centro de Reabilitação, a princípio com sede própria e vinculação ao Hospital Amaral Carvalho em Jaú. Após 2001, com novas propostas para a saúde, esses profissionais foram transferidos para o CEME e iniciaram um novo movimento para ações conjuntas, até o desmonte em 2007 com a ida da maioria dos fisioterapeutas para a ABS.

No tempo do Melo (ex-prefeito) fizeram um acordo com o Amaral Carvalho que deixaram alguns médicos daqui revoltados! Aqui faria a triagem e lá cirurgia. Fora isso o Amaral Carvalho dava algumas coisas, tinha o telemarketing, então eles levavam a cirurgia daqui para lá, então tinha essa situação. Quando o Newton (ex-prefeito) entrou, eu acredito que politicamente ele fez um acordo com os médicos, que com ele entrando acabava o oncológico, acabava a parceria com o Amaral Carvalho, isso era um jeito de conseguir apoio da sociedade médica. E tudo acabou, tinha um fluxo que era diferente! Porque o Amaral Carvalho tinha uma estrutura. A nossa coordenadora apresentou uma lista, eles aceitaram tudo e bancaram uma reforma, puseram piso, puseram impermeabilizante nas paredes, puseram box, a gente tinha 04 box e tinha um ginásio com espelho coisa e tal. E pra atividade em grupo a gente tinha um salão que era das reuniões. Mas tudo aquilo quem fez foi o Amaral Carvalho, pra gente atender as pessoas com deficiência não só pacientes oncológicos. E aos poucos a gente foi escolhendo ficar só ali e daí o dia que acabaram com o oncológico mandaram a gente pro CEME. Quando a gente chegou ao CEME a gente não tinha sala nem nada pra atender. Eu uso muito a clínica Saint Germant, porque eu atendo uma vez por semana aqui no NIS e para que o paciente tenha um atendimento com uma sequência um pouco melhor, eu faço terapia manual. Eu mandando na clínica lá, vai ter o choquinho, vai fazer uma eletroterapia, mal não vai fazer. Mas a pessoa está tendo um acompanhamento maior, eu tenho uma questão que eu atendo na USE, duas vezes por semana pela prefeitura. Então grandes transtornos, amputados, tudo mais, queimados, eu mando pra USE. Então quando o caso é mais grave, eu atendo lá, eu dou uma hora de sessão. E à medida que eu posso trago de novo proposto pra abrir espaço lá. (Profissional da saúde, 04)

Desde 2007, a gestão ressalta que entende o cuidado às pessoas com deficiência especialmente na ABS, centrado nas ações dos profissionais fisioterapeutas. Para tal, ocorreu uma reorganização da assistência com a transferência dos fisioterapeutas do CEME para os NIS.

Em 2011, eram seis (06) profissionais nos NIS conforme demonstra o Quadro 09, entretanto, devido a demanda, o município tem contrato com uma empresa para os serviços de fisioterapia, além das clínicas escolas da UFSCar e da UNICEP. Os fisioterapeutas que entrevistamos, relataram uma demanda grande na ABS por ações voltadas aos problemas posturais e dores crônicas decorrentes de doenças osteomusculares.

No CEME atualmente não existe um setor de reabilitação. As ações são realizadas por alguns profissionais, entre eles, um (1) médico neurologista infantil, dois (2) médicos neurologista para adultos, dois (2) médicos ortopedistas, além de três (3) fonoaudiólogos, uma (1) fisioterapeuta vinculada ao Ambulatório Oncológico, três (3) fisioterapeutas na equipe do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) e uma (1) assistente social, responsável pelo programa de órteses e próteses (programa vinculado ao governo estadual). Não há mais o profissional de terapia ocupacional nesse serviço especializado.

Quadro 09: Profissionais inseridos no cuidado as pessoas com deficiência

ARES	Profissionais inseridos no cuidado as pessoas com deficiência nas UBS/NIS	Profissionais inseridos no cuidado as pessoas com deficiência nas USF
ARES Cidade Aracy 01 UBS/NIS 01 UPA 05 USF	Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional*	Residência Multiprofissional (USF Aracy I, USF Aracy II, USF Presidente Collor, USF Antenor Garcia) NASF (Todas USF)**
ARES Vila Isabel 01 UBS/NIS 02 UBS 03 USF	Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional	Residência Multiprofissional (USF Cruzeiro do Sul/Equipe I;USF Cruzeiro do Sul/Equipe II) NASF (Todas USF)
ARES Redenção 01 UBS/NIS 01 UBS 01 USF	Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional	Não tem NASF e Residentes
ARES Santa Felícia 01 UBS/NIS 02 UBS 04 USF	Fisioterapeutas (02) Terapeuta Ocupacional	Não tem NASF e Residentes
ARES Vila São José 01 UBS/NIS 02 UBS 04 USF	Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional	Residência Multiprofissional USF Agua Vermelha Não tem NASF

*Identificamos que o terapeuta ocupacional desenvolve ações junto a essa população, embora sua ida para a ABS tenha sido para compor a equipe de saúde mental.

** O NASF de São Carlos não possui o profissional fisioterapeuta, o apoio às ações de reabilitação é realizado, em sua maioria, pelo terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

O projeto inicial do SUS, expresso na figura clássica da pirâmide, dividia as intervenções em atenção primária, secundária e terciária. Nesta configuração, as ações de reabilitação estavam inseridas nos níveis secundário e terciário. Para Rocha e Kretzer (2009) essa organização dos serviços não responde de forma efetiva aos problemas vivenciados cotidianamente pela maioria da população e dificulta o acesso e a integralidade dos cuidados em saúde. As autoras propõem ações de reabilitação articuladas em rede, iniciando na ABS sob a lógica da demanda da comunidade e não mais das especialidades como no modelo tradicional.

Diante deste contexto, achamos oportuno problematizar a reestruturação do sistema de saúde a partir do enfoque da Rede de Atenção em Saúde (RAS). Nessa proposta, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Dessa maneira, enfatizamos a necessidade das ações de reabilitação iniciarem-se na ABS, próximo a comunidade. Porém, na lógica das RAS, apenas ações na ABS não

supririam a necessidade de um Centro de Reabilitação, por exemplo, como vem ocorrendo no município de São Carlos.

**IV- PÁGINAS DA VIDA: CAMINHOS E DESAFIOS DO CUIDADO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PARA AS POPULAÇÕES EM ESTUDO**

O Cuidado em Saúde nas Unidades Básicas de Saúde

A ABS do município de São Carlos estava organizada, em 2011, com estruturas diferenciadas de cuidado: eram doze (12) Unidades Básicas sem ESF, dezessete (17) Unidades Básicas com ESF, cinco (5) Núcleos Integrados em Saúde e um (1) Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Nesse âmbito de cuidado em saúde, eram quatrocentos e vinte e um (421) profissionais nas equipes de referência, com a maioria de profissionais médicos para as profissões de nível superior e profissionais auxiliares de enfermagem para as profissões com exigência de ensino médio, conforme quadro abaixo:

Quadro 10: Profissionais de saúde nas equipes de referência

Profissionais	Número na atenção básica
Agentes comunitários de saúde	85
Auxiliar de enfermagem	101
Auxiliar odontológico	42
Cirurgião Dentista	72
Enfermeiros	21
Médicos	87
Técnico de enfermagem	05
Técnico de higiene dental	02
Total	421

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, dados da pesquisa, 2011.

Atuantes no apoio às equipes de referências estão os seguintes profissionais nos NIS: fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionista e psiquiatra. O NASF 1 conta com uma equipe de: assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e dois (2) terapeutas ocupacionais.

Quadro 11- Profissionais atuantes no apoio às unidades da atenção básica em saúde

Profissionais	Número na ABS
Assistente Social	01
Farmacêuticos	05
Fisioterapeutas	06
Fonoaudiólogo	01
Nutricionista	02
Nutrólogo	01
Psicólogos	05
Psiquiatra	01
Terapeutas ocupacionais	07
Total	24

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, dados da pesquisa, 2011.

Temos uma inserção majoritária de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas entre os profissionais de saúde no apoio à ABS. Supomos que isso seja decorrente das articulações do município com os cursos de terapia ocupacional e fisioterapia da UFSCar e da parceria com a Rede Escola de Cuidados à Saúde.

Na opinião dos gestores da saúde de São Carlos, existem duas (2) concepções de cuidado na Atenção Básica em Saúde deste município: a primeira seria estruturada a partir do modelo tradicional biomédico e vinculada às ações das UBS tradicionais (sem ESF) e dos NIS; a segunda concepção, considerada por eles como ideal e direcionada para o cuidado integral a partir da ESF, nas Unidades de Saúde da Família (UBS com ESF) e no NASF. A seguir apresentamos o contexto das ações de saúde, em cada uma dessas estruturas.

Historicamente as Unidades Básicas de Saúde, a partir da década de 1930, eram chamadas de Centros de Saúde (CS), voltavam-se para os cuidados maternos e infantis, no modelo da educação sanitária e relacionavam-se às origens de uma medicina preventiva, com as ações voltadas ao pré-natal, puericultura e imunização. Nesse contexto “a ABS se identificou num primeiro momento em espaços assistenciais feminilizados, com o predomínio de uma cultura profissional também ligada a esses segmentos populacionais” (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Buscando superar o discurso preventivista dos CS e incorporação da clínica, no Brasil, na década de 1970, as UBS reformularam suas propostas. Assim, passaram a estruturar-se a partir dos Programas de saúde do adulto, saúde bucal, saúde da criança, saúde mental e saúde da mulher, e também de ações para hanseníase e tuberculose (CAMPOS, 1997; MARSIGLIA, 2011 ; MELLO; IBAÑEZ; VIANNA, 2011).

Em São Carlos, tivemos na década de 1930 a criação do Posto de Hygiene para ações de imunizações. O Centro de Saúde 01 foi inaugurado na década de 1970 e as primeiras UBS, com essa denominação, iniciaram-se na década de 1980.

Em 2011, as doze (12) UBS de São Carlos (sem ESF) se localizam na área urbana, funcionam das 7 às 17 horas, possuem duas (2) enfermeiras (uma supervisora da unidade e a outra responsável pela clínica), trabalhando em conjunto com auxiliares de enfermagem. Os médicos são dois (2) clínicos gerais, dois (2) pediatras e dois (2) ginecologistas. Além de técnicos administrativos para a recepção dos usuários e dois (2) dentistas, com um (1) auxiliar odontológico.

Tais unidades, segundo um dos gestores entrevistados, possuem enfoque centrado na prática médica, nas ações curativas (em sua maioria para mulheres e crianças) e nas ações preventivas com campanhas de imunização:

As UBS ainda estão muito focadas no médico, toda a organização ainda está num modelo mais tradicional, no sentido de correr atrás do prejuízo. (Gestor 05)

Segundo Merhy e Franco (2002), no modelo “médico procedimento centrado”, a consulta médica é o centro do trabalho desenvolvido na unidade. A partir dela, é ofertado um “cardápio” de serviços a serem executados pelos outros profissionais. Dessa forma, os processos de trabalho que se realizam nas UBS em São Carlos, estão estruturados, a partir dos saberes e atos médicos.

Consideramos que os gestores dividem suas opiniões a respeito do futuro das UBS em São Carlos, em meio à priorização da Estratégia Saúde da Família. Para um deles, as UBS não serão enfraquecidas, uma vez que elas possuem um território com maior abrangência, podendo oferecer cuidados a um número maior de pessoas; para outro gestor, as UBS poderão apoiar as Unidades de Saúde da Família, quando o município contar com um número maior de Unidades de Saúde da Família:

As Unidades de Saúde da Família são nosso foco, mas as UBS não podem ser enfraquecidas nem desaparecer. Quantas unidades de saúde da família haveríamos de ter no território da UBS? (Gestor 02)

As UBS mudarão seu foco, na medida, que eu possa ter mais equipes de saúde da família, elas vão fazer apoio às unidades saúde da família. (Gestor 01)

Notamos, em nossa prática cotidiana, que os gestores de São Carlos, não atribuem às UBS as mesmas ações, processos de trabalho e perspectivas das USF. Não concordamos com essa concepção, não foi esse o pensamento para as UBS no movimento sanitário brasileiro. Quando falamos em UBS e USF, aliás, UBS sem USF e UBS com USF, estamos falando de ABS.

Dessa maneira é impossível propor mudanças apenas para as UBS com USF. Acreditamos que em São Carlos as UBS sem USF refletem o modelo biomédico hegemônico que também existe nas UBS com USF, porém com menor evidência devido às reformulações no processo de trabalho, principalmente do profissional médico.

A proposta dos Núcleos Integrados em Saúde

As UBS com maior estrutura física de todos os ARES, a partir de 2003, transformaram-se em Núcleos Integrados de Saúde (NIS). Apoiados na perspectiva da

vigilância em saúde e do enfoque epidemiológico, eles foram idealizados pela gestão para proporcionar à população um acesso aos médicos especialistas na ABS:

Com a questão da descentralização que iniciou em 2002/2003 a gente transformou a unidade maior de cada região como sendo a sede de cada regional e o NIS. A gente entendia que as especialidades deveriam estar mais próximas da população. Então o propósito era trazer os especialistas para esse NIS. Então ali a gente teria alguns especialistas para atender a população, porém era muito difícil a gente fazer isso com todas as especialidades. Por exemplo: oftalmologia não podia trazer, porque tinha que ter uma sala especial, equipamento especial e não tínhamos profissionais para ir até todas as unidades. A experiência que nós tivemos foi boa, nós tivemos cardiologistas, tivemos ortopedistas. (Gestor 03)

Essa proposta de aproximar os especialistas médicos da ABS funcionou por um período, porém não teve continuidade. Segundo um dos gestores, tal fato ocorreu devido à falta de adesão de profissionais médicos para a proposta, e também, pelo não entendimento desses profissionais do modelo em saúde desejado, qualificando a ABS:

Quando tivemos a proposta de implantação dos NIS, que eles seriam referência daquele território, ainda não entendido como território, mas como regional. Foi feito um movimento de descentralização dessas ações, dos profissionais que eram do CEME, algumas especialidades foram espalhadas. Especialmente que ainda se mantém pediatria, ginecologia e clínica geral, algumas tinham ortopedistas, outras cardiologistas, os psiquiatras foram subdivididos, mas isso com tempo foram se modificando. Talvez por falta de entendimento de que modelo era esse que estava caminhando. Os profissionais foram de alguma maneira voltando, pedindo demissão, porque o novo incomodou, a gente perdeu muita gente desses que estavam saindo do CEME e indo para perto das pessoas. (Gestor 06)

Dessa maneira os NIS foram se voltando para os especialistas não médicos, especialmente aqueles envolvidos no cuidado à saúde mental, atual meta da gestão para o funcionamento dessas unidades:

A questão era que o NIS era para trazer alguns especialistas, atendendo a regional como um todo. Algumas dificuldades como falta de profissionais e... Não tivemos profissionais suficientes para fazer isso e ficou um pouco fragilizada. Aí então a gente começou a formar equipe de saúde mental no NIS então veio o psiquiatra, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, educador físico, nutricionista, para ter alguns profissionais da especialidade, que pudessem dar apoio não médico. A intenção era fazer com médicos, mas houve essa dificuldade então a gente está tentando fazer com os profissionais não médicos. (Gestor 05)

Na ABS, o então profissional especialista precisa trabalhar segundo os preceitos fundamentais desse âmbito de cuidado em saúde. Compreendemos que para além de possibilitar o acesso aos especialistas mais próximos do território de vida das pessoas, seria

necessário, para avançar nessa proposta dos NIS, que esses especialistas, iniciassem um trabalho voltado a clínica ampliada, a co-responsabilização, ao trabalho interdisciplinar, por exemplo.

O mesmo direcionamento, também se amplia aos profissionais não médicos. Esses profissionais, inseridos nos NIS, relataram que não compreendem a proposta de trabalho desses equipamentos na ABS. A nosso ver, pela falta de diálogo entre profissionais e gestores e até mesmo, pela falta de clareza para os próprios gestores do papel dessas unidades na ABS.

Eu não vejo um projeto muito claro do que os NIS tem que fazer. O que esses profissionais dos NIS têm que fazer? Como é que eu chamo? Misto. É outra palavra, mas ele é misto entre as ações que você faz na ABS e ações especializadas. Porque eu vejo que o município tem poucos serviços especializados a quem nós, na atenção básica, poderíamos referenciar (Profissional da saúde 12).

Os NIS foram estruturados para aproximar os médicos especialistas do território com intuito de desafogar o CEME e não para propor mudanças no processo de trabalho e no modo de cuidar da saúde. E nesse processo, a gestão iniciou um desmonte da atenção especializada, transferindo os profissionais do CEME para as unidades da ABS, fragilizando o cuidado em saúde e não possibilitando um cuidado integral, orientado na lógica das RAS.

Consideramos os NIS, como uma UBS sem USF. Porém, a inserção de outros profissionais além de médicos e enfermeiros, possibilita um cuidado voltado para as diferentes demandas das populações daquele território. Entretanto, achamos pertinente, que esses profissionais inseridos nessas unidades, iniciem ações compartilhadas, discussões de caso, colaborando com a co-responsabilização e desse modo, quebrando a fragmentação das ações nos NIS.

Em nossas entrevistas, todos os gestores afirmaram que a gestão propõe o apoio matricial²⁸ para os NIS. No entanto, os profissionais relataram que nas UBS sem USF e nos NIS, esse apoio não acontece da maneira como preconizada. Os profissionais não foram sensibilizados para o processo de trabalho da ABS, tampouco tem conhecimento da

²⁸ Em sua raiz, o apoio matricial, introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais da saúde, pretendendo-se a integralidade do cuidado em saúde. O termo apoio matricial, sugere uma maneira para operar-se as trocas entre os profissionais, de forma horizontal e baseada na relação dialógica e não mais vertical como tradicionalmente ocorria na lógica do encaminhamento (CAMPOS, 1999).

potencialidade do apoio matricial. Ainda ocorre um trabalho estruturado na lógica do encaminhamento e da atenção à demanda de maneira não compartilhada.

Na proposta de apoio matricial, uma equipe de referência se responsabilizaria pela atenção contínua ao usuário, sendo apoiada por equipes de apoio matricial (CAMPOS, 1999; OLIVEIRA, 2008). A proposta, portanto, é que os profissionais da equipe de referência, possam aprender a lidar com os sujeitos em sua totalidade, incorporando em suas práticas as dimensões subjetiva e social do ser humano. Mas que estejam acompanhados, nessa tarefa, por alguém especializado que lhes dê suporte para compreender e intervir nesse campo (FIGUEIREDO, 2006).

Portanto, a operacionalização do apoio matricial depende de um conjunto de condições: número e qualificação dos profissionais disponíveis, cultura organizacional dos trabalhadores e dos gestores, rede de serviços disponíveis, organização do processo de trabalho (OLIVEIRA, 2008). O que ocorre em São Carlos, é que no NIS e nas UBS sem USF, não ocorre responsabilização por parte da equipe de referência pelo cuidado longitudinal e mais próximo do integral em saúde.

A Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Em São Carlos, o início do Programa Saúde da Família ocorreu a partir de 1998. As USF eram minoria em comparação com as UBS sem USF no início dos anos 2000. Após a assinatura do PROESF em 2003 e incentivos financeiros do Ministério da Saúde, esse panorama foi se invertendo e chegou-se a um número de dezessete (17) equipes de saúde da família no município, sendo duas (2) em área rural em 2011.

As USF atendem um território definido (em média 600 a 1.000 famílias), funcionam das 7 às 17 horas e às quartas feiras também no período noturno para atenção aos usuários trabalhadores. Segundo um dos gestores, essas unidades, centram suas propostas no trabalho multiprofissional, descentralizado da figura do médico e com ações de promoção de saúde no território, além das ações curativas:

Com o fortalecimento do Programa de Saúde da Família temos um norte da questão de descentralização da questão do médico, da pessoa do médico com um trabalho mais em equipe, envolvendo a população em ações de promoção de saúde, com outras atividades, atividades físicas, atividades artísticas e com outro foco que não o médico e o remédio. (Gestor 05)

Cada USF possui uma equipe de referência composta por um (1) médico generalista, um (1) enfermeiro, um (1) técnico de enfermagem, cinco (5) agentes comunitários de saúde, (1) dentista e um (1) auxiliar odontológico. Essas unidades não possuem auxiliares administrativos, sendo que os agentes comunitários de saúde fazem revezamento para atender a comunidade na recepção da unidade. A gestão é compartilhada pelo médico, enfermeiro e pelo dentista. Essas dezessete (17) equipes de referência possuem, cada uma, equipes matriciais, formada por profissionais do SUS local e residentes da UFSCar.

Notamos que as equipes de saúde da família em São Carlos iniciaram responsabilização e vínculo com o território e, em sua maioria, buscam outras formas de relacionamento profissional e outros recursos terapêuticos através do apoio matricial, iniciado em 2007 através do Programa de Residência Multiprofissional da UFSCar.

Caminhando na direção de assegurar o apoio matricial às equipes de saúde da família. O município de São Carlos, segundo os documentos oficiais, enviou no final de 2008, um projeto de implantação de dois (2) NASF ao Ministério da Saúde. A proposta enviada considerava a criação de dois (2) NASF 01 dispostos da seguinte maneira:

- NASF- Equipe 01, cadastrado na USF Antenor Garcia e responsável pelo apoio às ESF dos ARES Cidade Aracy, ARES Vila Isabel e ARES Redenção;
- NASF- Equipe 02, cadastrado na USF Jockey Clube e responsável pelo apoio às ESF dos ARES Santa Felícia e ARES São José.

No sentido de avançar na consecução da integralidade da atenção e da gestão em saúde e no aumento da resolutividade é que o Departamento de Atenção Básica elabora este projeto visando à adesão aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. (SÃO CARLOS, 2008, p.03)

O município foi contemplado com um (1) NASF 1, que iniciou suas atividades em junho de 2011 com uma equipe mínima formada por: dois (2) terapeutas ocupacionais, um (1) psicólogo, um (1) fonoaudiólogo, um (1) assistente social e um (1) nutricionista, para apoio as ESF dos ARES Cidade Aracy e ARES Vila Isabel, portanto oito (8) equipes de saúde da família. Os gestores entrevistados visualizavam para o futuro, uma maior inserção da proposta NASF em São Carlos. Principalmente através da qualificação da ABS através de ações voltadas à clínica ampliada e, portanto, avançando na proposta do apoio matricial:

Construção da proposta dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família é exatamente o que temos que avançar. Voltando na questão do apoio matricial. Eu acho que essa é a expectativa, então eu acho que a mudança de modelo já se deu por aí, a hora que tirou os profissionais de alguma maneira que estavam lá guardadinhos nas quatro (04) paredes do CEME e trouxe pra ABS já avançamos nessa direção mesmo. (Gestor 06)

Entretanto, tal como o trabalho dos NIS, a proposta NASF, é muito maior do que a simples mudança de endereço dos profissionais especialistas para a ABS. Alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados induzem sua utilização equivocada de forma substitutiva, empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Observamos que tal fato ocorre em São Carlos, conforme relato de uma profissional de saúde e em nossa observação cotidiana. Devido a fragilidade da atenção especializada, os profissionais transferidos para a ABS, apenas realizam atendimento individual, de forma não compartilhada com a equipe de referência e sofrendo com a falta de recursos e rede para apoiar a realização de suas ações:

Poderia estar me dedicando mais na ABS até mesmo para o apoio matricial às equipes, mas falta tempo. Falta um Centro de Reabilitação nem tudo se resolve na ABS. (Profissional da saúde 01)

A proposta ministerial, não previa no lançamento do PSF (anos 1990), ações de reabilitação e saúde mental, entre outras, o que limitava as possibilidades de acesso, equidade e integralidade da pessoa com deficiência e/ou incapacidade (ROCHA; KRETZER, 2009). Ampliando as ações da ABS, desde 2008, com a criação do NASF, as ações de reabilitação e saúde mental passam a compor núcleos de ação e apoio às ESF, formalmente legitimadas pela política de saúde.

Entende-se que essa política pode ser considerada, um facilitador do processo de territorialização dos serviços, podendo caracterizar-se no maior acesso destas populações às ações que necessita e na ampliação de suas redes sociais de suporte. Porém, temos observado, em nosso processo de trabalho, que as ações do NASF ainda são particulares, possibilitando mudança na vida apenas das pessoas acompanhadas.

Obviamente, essa mudança por si só, já seria compensador. Uma vez que as equipes das USF estão na prática, vivenciando outras formas de cuidar das pessoas e principalmente de identificar demandas que não eram acolhidas tradicionalmente. No entanto, desejamos a extensão dessas ações, para todas as pessoas que vivem as mesmas condições e

isso só será possível, através do trabalho intersetorial e articulação das políticas (de educação, assistência social, saúde, segurança, entre outras) no território.

No contexto de São Carlos, consideramos como positiva e fértil, a incorporação de profissionais como terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros, nos NIS e NASF. Isso significa que não apenas a equipe de saúde básica deve estar presente nas UBS, há a necessidade de uma incorporação de recursos humanos e estrutura física para promover ações básicas de saúde (CAMPOS, 1999). Porém, ressaltamos que no caso específico da saúde, essa incorporação, não substitui a necessidade de uma maior articulação e assistência para as populações que enfocamos também na atenção especializada e nos outros pontos da RAS.

Caminhos e Desafios para a saúde mental na ABS em São Carlos

Um dos maiores desafios da saúde mental é efetivamente a reconquista do espaço da cidade para pactuação social, para o viver. Nessa direção, os serviços comunitários ou territoriais, objetivam acompanhar os usuários em seus contextos de relações, reconhecendo os recursos institucionais e comunitários presentes no território, e criando múltiplas formas de interação que sustentem e promovam novas possibilidades de vida (NICÁCIO; CAMPOS, 2005).

As diretrizes do Ministério da Saúde apontam para a priorização de intervenções comunitárias e extra-hospitalares na formação da Rede de Atenção Psicossocial. Nessa concepção, o cuidado em saúde mental pode potencializar-se na ABS, uma vez que esta possibilita um melhor acompanhamento das pessoas com sofrimento mental nos seus territórios.²⁹

Os princípios estruturantes da ESF vão ao encontro daqueles que orientam a assistência à saúde mental, que também visa a integralidade, a inserção social, vínculo, acolhimento, participação da família, entre outros. Tanto na ESF como na saúde mental, a escuta é muito importante, pois o usuário revela à equipe as representações do seu sofrimento e/ou das suas necessidades. (COIMBRA, p.13)

²⁹ Segundo Guimarães (2008) o termo *território*, originalmente formado pela junção de duas palavras latinas, *terri*(terra) e *torium*(pertencente a), foi empregado para denominar as terras sob jurisdição das cidades antigas e, no mundo moderno, para denominar as terras dos reinos. Esse termo, de acordo com o autor, pode ser entendido a partir de uma dimensão política, uma dimensão simbólica e/ou uma dimensão econômica. Assim, na dimensão política, território refere-se ao espaço delimitado e controlado por relações de poder, geralmente o poder do Estado. A dimensão simbólica é permeada pela valorização e apropriação simbólica de grupos sociais em seus laços culturais e diferentes maneiras de viver e na dimensão econômica, o território pode ser compreendido como fonte de recursos sobre o qual uma determinada sociedade reivindica seus direitos, essa perspectiva é embasada no mundo do trabalho que delimita espaços diferenciados através da inclusão ou não no trabalho.

A história de Marilene é um exemplo bem sucedido dessa interface de um cuidado em saúde mental na ABS. Marilene tinha cinquenta e três (53) anos³⁰, ensino médio incompleto, pensionista do INSS, trabalhou como cozinheira e dama de companhia. Teve três (3) filhos sendo que o primeiro cometeu suicídio. Fazia tratamento para transtorno afetivo bipolar e para neoplasia no intestino, além do tratamento contínuo para diabetes e hipertensão. Durante sua vida passou por 13 internações psiquiátricas:

Eu sou bipolar, tenho a doença desde 1974, eu tratava em Maringá, lá internei 02 vezes e aqui 11 vezes em Araraquara, Santa Rita do Passa Quatro e Rio Claro. Meu marido, pai dos meus filhos morreu com 33 anos e fiquei sozinha com as crianças. Eu tinha 03 filhos, faz 11 anos que meu filho mais velho se suicidou. Fiquei com 02 meninas que já estão casadas. (Marilene, usuária de saúde)

Quando iniciou o tratamento na saúde mental, em meados dos anos 1970, o único tratamento possível era a internação em hospital psiquiátrico. Nos últimos anos, ela vinha realizando esse cuidado na ABS com psiquiatra e equipe de saúde da família. Marilene fazia questão de dizer que desde que iniciara esse tratamento não tinha precisado mais de internação:

Os médicos não sabiam fazer outras coisas, era só internar. Agora, as internações foram ficando distantes uma da outra e eu não fui mais internada desde que comecei a me tratar aqui. Eu fui muito bem recebida, venho quase todos os dias. Participava do grupo de caminhada, me sentia bem, estudava também e agora venho na terapia ocupacional. (Marilene, usuária de saúde)

Segundo a literatura e a história do tratamento para pessoas com sofrimento mental, paralelamente à expansão do SUS, ocorre o movimento da Reforma Psiquiátrica, responsável pelo delineamento de novos caminhos para o cuidado voltado a essa população. Assim, ocorre a mudança de um modelo centrado no hospital psiquiátrico para a criação de serviços territoriais abertos como os CAPS. Essa criação, inevitavelmente, levou ao encontro da saúde mental com a ABS nas comunidades.

Os relatos de Marilene apontam para dois requisitos necessários ao tratamento da saúde mental que vêm ao encontro das propostas da ESF: acolhimento e vínculo. O acolhimento e o vínculo foram preconizados como fundamentais para um cuidado da saúde mental na ABS. Segundo o Ministério da Saúde, as ações de saúde mental na ABS devem obedecer ao modelo de redes de atenção psicossocial: “de base territorial e atuação transversal

³⁰ Marilene faleceu 02 meses após ser entrevistada.

com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (BRASIL, 2003, p.03).

Com acolhimento, vínculo e responsabilização pelo cuidado na equipe de saúde da família e sem as internações psiquiátricas, a vida de Marilene se modificou. Ela frequentava a USF todos os dias, era acolhida por todos da equipe não apenas para as demandas de saúde mental, mas também para aquelas relacionadas ao câncer, como o temor da morte e as reações da quimioterapia.

Marilene trabalhou durante anos como cozinheira, desse modo passou a organizar um livro de receitas da família para as filhas e profissionais da USF, com a terapeuta ocupacional aproximou-se de um grupo de mulheres que almejavam a criação de uma lanchonete na comunidade. Quando deixou de ir à USF, devido às dificuldades de locomoção e aquelas provocadas pelo câncer em estágio terminal, a equipe foi até ela em sua casa auxiliando-a nas demandas de cuidados paliativos e no suporte para suas filhas. Certamente Marilene foi grande inspiração para esse estudo e para nossa trajetória profissional.

Na história de Tânia temos retratado a situação das pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas. Ela é uma mulher de 24 anos com o ensino médio completo. Já trabalhou como cozinheira e em uma empresa na área de reciclagem de lixo, porém sem carteira assinada. Atualmente é profissional do sexo. Usou cocaína por dois (2) anos, declara estar em abstinência há um (01) mês. Tem o desejo de ser estilista, é solteira e tem dois (2) filhos.

A política do Ministério da Saúde para tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, segue a Política de Saúde Mental e insere a abordagem do cuidado integral, a partir de cuidados extra-hospitalares e articulados à rede de saúde mental:

Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulado à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2003, p.06)

Entretanto, o cuidado as pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas em São Carlos, está longe desse preconizado pela política. Identificamos, a partir da história de Tânia, a necessidade de capacitação em saúde mental, através de educação permanente para profissionais da saúde da atenção básica e principalmente dos serviços de urgência e emergência como o SAMU e a UPA. Esses profissionais apresentam preconceito, dificuldades no manejo e conseqüentemente, não buscam propor ações efetivas de cuidado para essa população e isso é sentido pelas pessoas que buscam esse cuidado:

Falta vontade nesses profissionais do pronto socorro e tem muito preconceito deles também, eles dizem, é usuário de drogas? Deixa que “se mate.” (Tânia, usuária de saúde)

Segundo a atual Política de Atenção Básica, que inclusive propõe a redução de danos como uma das ações que devem ser ofertadas nesse âmbito de cuidado em saúde, cada vez mais, as necessidades de saúde ou sofrimento devem ser acolhidas. Isso significa que como nos serviços de urgência e emergência, as equipes da atenção básica, devem estar preparadas para atenção as demandas dessas pessoas.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida. (BRASIL, 2011b, s/p).

Tânia passou a frequentar a terapia ocupacional no NIS e com auxílio dessa profissional começou a frequentar o Pró-Jovem, voltou a sonhar e fazer planos para vida, inclusive cursar moda. Para tais ações, foi necessário, um entendimento ampliado sobre as necessidades de Tânia para vida, além daquelas expressas inicialmente pelo uso abusivo de cocaína.

Fico com minha mãe e meus filhos à tarde, às 18 horas vou trabalhar e fico a madrugada toda acordada. De manhã vou para Pro Jovem dar um rumo na minha vida. Quero ser alguém lá pra frente, vou ser famosa, uma estilista. (Tânia, usuária de saúde)

Após seis (6) meses de acompanhamento no NIS com a terapeuta ocupacional, Tânia iniciou uma aproximação com uma cooperativa de mulheres, voltou a morar com os filhos e trouxe para a terapeuta ocupacional uma foto dos filhos com ela e um poema que dizia:

Sou uma pessoa muito carinhosa, mas fico nervosa e às vezes e chego a chorar.
 Gosto de fazer as pessoas sorrirem quando estão tristes!
 Sou uma pessoa que gosta de ajudar a todos que precisam
 Tenho na verdade, um coração de ouro
 Essas são as pessoas que amo do fundo do meu coração
 E se preciso, dou minha vida por eles
 Aos meus filhos, que hoje estou aqui, só por hoje
 (Tânia, usuária de saúde)

A partir de um reconhecimento das necessidades de Tânia e um início de cuidado na ABS, ela voltou a estabelecer vínculos com os filhos, estudos, trabalho e sonhos.

Magda é uma mulher de 57 anos, com curso superior em biblioteconomia e psicologia (com especialização em arte-terapia), atualmente sem emprego e sem vínculos com o INSS. Faz tratamento para transtorno afetivo bipolar, é divorciada e tem um filho também com a doença. Atualmente é cuidadora de 03 tias idosas, reside com elas e está estudando para ingressar em uma pós-graduação em biblioteconomia.

Sua história nos remete a necessidade de acesso ao cuidado integral às pessoas com sofrimento mental e principalmente, aos diálogos e interações necessárias entre a ABS e demais equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial.

Embora com as iniciativas e organização do cuidado em saúde mental nesse município, essas ações não são resolutivas, uma vez que com nossa prática profissional, foi constante, acompanhar pessoas com sofrimento mental que como Magda, parecem peregrinar em busca do direito de ser cuidada:

Já fazia tratamento com médico particular, aí eu fui procurar o postinho do Botafogo sabendo que poderia ter a medicação custeada pelo governo. Fui atendida e encaminhada para o CEME, lá me disseram que teria que esperar um encaixe com o neurologista. Voltei para o postinho e me disseram que nada poderia ser feito até a consulta no CEME. Aí pensei... Sem receita não posso ficar, fui pro CAPS e lá eles me encaixaram e disseram que a partir daí eu não poderia ter mais o acompanhamento no CEME com o neurologista. Tudo isso pra receber a medicação. (Magda, usuária de saúde)

Segundo DOBIES e FIORINE (2010), o município de São Carlos, considerando os parâmetros populacionais, não conta com todos os serviços de saúde mental recomendado pelo Ministério da Saúde. Para um município com a sua dimensão populacional

são sugeridos: CAPS II, CAPS III, CAPS II ad, CAPSi além de rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

Entretanto consideramos que algo mais se configura nessa dificuldade de articulação das ações de saúde mental em São Carlos. Para além da ausência quantitativa de serviços preconizados como o ideal, identificamos como fundamental que todas as ações em saúde mental, da ABS até a atenção especializada, estejam orientadas segundo uma lógica comum de cuidado na saúde mental, estruturada para evitar a fragmentação das ações e voltada ao cuidado integral em rede.

As dimensões que caracterizam a atenção integral em saúde mental só podem ser construídas e realizadas quando todos os componentes das ações terapêuticas estejam orientados de acordo com uma lógica comum, que busca evitar a fragmentação dos sujeitos, das necessidades e das ações, ou seja, que visa evitar a lógica da institucionalização e do abandono. (MÂNGIA; MURAMOTO, 2006, p.121)

Notamos que ABS e atenção especializada (CAPS II, CAPS ad II) não possuem a mesma lógica de cuidado. A subjetividade do sofrimento mental o coloca em uma situação de cuidado bem diferente daquela formulada pela pessoa ao reconhecer alguma patologia ou mal estar orgânico, dos quais os profissionais da ABS estão mais acostumados a acolher.

Assim as ESF em São Carlos e principalmente os NIS, necessitam acolher as demandas das pessoas com sofrimento mental, que em sua maioria compreendem queixas formuladas a partir da percepção de múltiplos aspectos da desorganização do viver dessas pessoas, seja nas relações familiares conflituosas, na perda de vínculos, na fragilização das redes sociais e de suporte, na precarização do habitar, entre outras. (MÂNGIA; MURAMOTO, 2006)

A dificuldade de organização do cuidado em saúde mental na ABS acaba por descaracterizar no CAPS o cuidado destinado às pessoas com sofrimento mental severo e persistente. Sem acesso ao cuidado na ABS, todas as pessoas com sofrimento mental, inclusive aquelas com sofrimento leve e moderado procuram o CAPS II.

A gente não dá conta muitas vezes de funcionar como um CAPS por conta da fragilidade da rede. É necessário formar uma equipe, para que a gente não se sinta sozinho com uma grande demanda. A rede precisa se desenvolver para atender as diferentes necessidades que a população vem trazendo. Não faz sentido a gente ficar recortando só para as patologias que as pessoas trazem. (Profissional de saúde 07)

Desde 2002 a rede tenta se fortalecer, a gente tem que encaminhar e não cronificar as pessoas aqui no CAPS. Teve momentos que conseguimos ter psiquiatras em todos os ARES. Quando encaminhado, o usuário deixava o CAPS com horário agendado no NIS. Mas sempre foi muito difícil os profissionais aceitarem a regionalização da saúde mental, eles só queriam a saúde mental no CEME ou no CAPS. Depois aceitar os profissionais lá foi mais difícil ainda eles não queriam psicólogos e os TOS muito menos os usuários nos NIS. Nas USF tivemos outros movimentos. (Profissional de saúde 08)

Desde 2003, o Ministério da Saúde preocupa-se com a inclusão das ações de saúde mental na ABS. Os CAPS e a ABS, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da Rede de Atenção Psicossocial. O cuidado em saúde mental neste enfoque prevê a construção de políticas sociais articuladas, trazendo, para o espaço público, a interdisciplinaridade, considerada como uma maneira de potencializar o cuidado integral às pessoas com sofrimento mental, visto que cada profissional traça sua especificidade unindo-a as demais.

Nesta rede, a Unidade Básica de Saúde, como ponto de atenção, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado das pessoas com sofrimento mental, assim como ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

Voltando para a história de Magda, com tratamento na ABS, ela passou a ser acompanhada por psicólogo e terapeuta ocupacional, além de frequentar um grupo com a fisioterapeuta para mulheres com dores na coluna. Mas para ela, esse tratamento não foi efetivo, uma vez que na ABS e no CAPS, não conseguiu ter acesso ao psiquiatra e aos medicamentos que necessitava:

Eu tinha atenção, mas não tinha o remédio, aí fui atrás de ver se alguém podia me acudir e no final das contas eu acabei indo morar com minhas tias e voltei a procurar médico particular e comprar remédios. Sorte minha que essas tias podem pagar, porque eu estou sem emprego. (Magda, usuária de saúde)

Assim, no caso de Magda, as redes de suporte proporcionadas pelos vínculos familiares têm ajudado, uma vez que o setor saúde disponibiliza cuidados parciais. Segundo Connill (2004) em estudo sobre acesso aos serviços de saúde e integralidade, a autora assegura que não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos, faz-se necessário verificar o acesso a um cuidado integral.

Um cuidado mais próximo do integral na saúde mental perpassa pela Rede de Atenção Psicossocial, com cuidados na atenção básica em saúde, na atenção especializada através de equipamentos extra-hospitalares como os CAPS, com internação de curta permanência em hospital geral e suporte dos serviços de urgência e emergência, entre outros. E principalmente por ações intersetoriais no território.

Entretanto, como demonstram as histórias de Marilene, Tânia e Magda, esse cuidado pode ser iniciado na ABS a partir de um olhar ampliado sobre as demandas que se apresentam frente à complexidade da vida. Para isso, é necessário que gestores e profissionais inseridos nesse âmbito, assumam responsabilidade pelas demandas e se mostrem dispostos a acolher as necessidades dessa população, quebrando a lógica de encaminhamento somente ao psiquiatra ou serviço especializado. Nessa direção, a Rede de Atenção Psicossocial deve estar constituída, para quando existirem demandas para além das possibilidades da ABS.

Caminhos e Desafios para ações voltadas às pessoas com deficiência na ABS em São Carlos

As histórias de Dafne, Esmeralda e Maria Elza, nos ajudaram a trilhar os desafios para ações voltadas às pessoas com deficiência na ABS em São Carlos. Conforme apresentamos no capítulo anterior, embora o Plano Municipal (2010-2013) proponha criação de dois (2) Centros de Reabilitação e ações de reabilitação nas ARES, inclusive na ABS, pouco são as iniciativas efetivadas até então.

As histórias que seguem, refletem que as pessoas com deficiência, na ABS em São Carlos, são acolhidas frente as suas necessidades de saúde básica, tais como aqueles decorrentes de hipertensão, diabetes, entre outras. Acreditamos que isso ocorra, frente à priorização da ESF (considerado pela gestão como modelo ideal para a ABS) em prover ações de saúde básica.

A incorporação dessas demandas de saúde básica das pessoas com deficiência, que como a maioria das pessoas, também enfrentam doenças crônicas, pelas equipes da Atenção Básica em Saúde já pode ser considerado um avanço.

Segundo Almeida; Tissi; Oliver (2000), as pessoas com deficiência têm outras necessidades em saúde além da reabilitação, mas mesmo assim, não costumam ser atendidas pelo atual sistema de saúde. Segundo as autoras, muitas vezes, a principal necessidade dessas pessoas não está na gravidade orgânica ou nos comprometimentos funcionais, mas sim em

processos sociais extremamente complexos, que condicionam desigualdades sociais entre os cidadãos como demonstram as histórias dessas mulheres com deficiência física.

Torna-se, portanto, imprescindível que os serviços se organizem para responder a estas demandas também na ABS. Entretanto, identificamos, que a ABS em São Carlos, não reconhece as necessidades de ações de reabilitação nesse âmbito.

A primeira história que apresentamos é de Dafne. Ela tem quarenta e sete (47) anos, estudou até o ensino fundamental, já trabalhou como passadeira de vestidos de noivas por quatro (4) anos. Atualmente não trabalha e não recebe aposentadoria ou outro benefício social. Teve poliomielite na infância, ficou com sequelas motoras, apresentando dificuldade para deambulação. Casou-se e teve dois (2) filhos, refere que, na época do casamento, parou com o tratamento de fisioterapia. Atualmente tem problemas de tireoide, diabetes e hipertensão. Fazia tratamento em uma clínica vinculada à empresa do marido, recentemente essa clínica foi fechada e passou a fazer tratamento somente no SUS.

Ela nos contou que parou o tratamento de reabilitação aos 16 anos, quando se casou. Manteve apenas a frequência ao médico ortopedista em uma clínica privada vinculada à empresa do marido, no entanto, essa clínica fechou faz alguns anos e ela deu continuidade ao tratamento com médico particular. Na ABS, além dos atendimentos médicos, passou por avaliação do nutricionista e frequenta uma oficina de pintura que se iniciou na UBS sem USF e acabou migrando para o Centro Comunitário no território:

Eu venho aqui no posto, passo com clínico e ginecologista quando preciso, pago pra ir a um médico ortopedista, mas não tem médico certo não. Também vou com a Dra. P. no CEME, endocrinologista. Quando tinha nutricionista aqui no posto, cheguei a vir duas vezes, agora não tem mais. Agora estou na pintura. Esses cursos fazem muito bem, ajuda a gente a crescer bastante, porque você vem, escuta um, escuta outro e reflete, ajuda a você saber a lidar com seu próprio problema (Dafne, usuária de saúde).

Essa oficina de pintura tinha o objetivo de aproximar as pessoas com deficiência e as pessoas com sofrimento mental da equipe da ABS e era coordenada por uma terapeuta ocupacional. A proposta foi tão bem aceita pela população, que o espaço da UBS tornou-se pequeno. Assim, através de uma articulação com o território, a oficina foi transferida para o Centro Comunitário e os profissionais da saúde, passaram a atuar em conjunto com os profissionais vinculados à assistência social.

A usuária durante a entrevista mostrou-se satisfeita com o cuidado em saúde recebido, especialmente na ABS e destacou sua participação na oficina de pintura. Nota-se que, mesmo não realizando tratamento para reabilitação das sequelas físicas da poliomielite, a usuária está satisfeita com o cuidado em saúde que recebe. Suas demandas básicas de saúde,

embora com a deficiência física, desde o casamento não são demandas de reabilitação, foram atendidas com o cuidado proposto na UBS e potencializadas pela proposta da oficina de pintura, entendida como um espaço acolhedor de demandas subjetivas e de inclusão social e ampliação das redes sociais de suporte.

Esmeralda é uma mulher de cinquenta e quatro (54) anos, concluiu o ensino médio, está afastada do trabalho atualmente, porém já trabalhou na Unidade de Pronto Atendimento da Prefeitura Municipal de São Carlos e na Associação dos Deficientes Físicos de São Carlos. Recebe, desde 2009, auxílio doença do INSS. Disse que teve diagnóstico de paralisia cerebral na infância, não consegue deambular, é cadeirante, está casada há vinte e sete (27) anos e tem uma (1) filha e um (1) neto.

Diferentemente de Dafne, Esmeralda embora satisfeita com o cuidado na ABS para suas demandas de saúde básica, demonstra necessidade de ações voltadas à reabilitação:

Tudo que fiz foi pelo SUS. Desde cirurgias, todos me atendem muito bem. Eu passo pelo clínico geral, se precisar de remédio sempre tem para dar. Tem que lutar por aquilo que você quer. Mas fisioterapia é meio complicado, depende do médico para encaminhar. Então tem médicos que não dão a guia. (Esmeralda usuária de saúde)

Esmeralda desconhecia que as ações de reabilitação com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional poderiam realizar-se na ABS sem a necessidade de encaminhamento médico. Apenas conhecia a maneira tradicional de encaminhamento médico e do fisioterapeuta para ações de reabilitação na Clínica S. G. de fisioterapia terceirizada pelo município:

Eu uso muito a clínica S. G. porque eu atendo uma vez por semana aqui no NIS e para que o paciente tenha um atendimento com uma sequência um pouco melhor, eu faço terapia manual. Eu mandando na clínica, vai ter o choquinho, vai fazer uma eletroterapia, mal não vai fazer. (Profissional de saúde 04)

Embora esse encaminhamento seja priorizado por alguns profissionais de saúde, principalmente devido aos recursos disponíveis na clínica e que não existem nos NIS, UBS e USF, outros profissionais, encontram dificuldades em fazer tal encaminhamento.

A S. G. é aquele atendimento de 10 sessões e você não tem como atender um paciente de AVE com 10 sessões porque ele nem saiu da cama ainda. É complicado porque não tem um centro de reabilitação pra cuidar dessas pessoas, com doenças neurológicas e dos paraplégicos também. (Profissional de Saúde 02)

Notamos diferentemente de outros municípios, em São Carlos gestores, profissionais da saúde e até mesmo usuários com deficiência, desconhecem as possibilidades de ações de reabilitação na ABS.

Na ABS em São Carlos, ainda são poucas as possibilidades de cuidado oferecidas a essa população, pois a sua assistência não foi tradicionalmente construída nesse nível de atenção a saúde, muitos profissionais e usuários evidenciam estranhamento com esse convívio, quer pelo despreparo técnico das equipes ou porque não possuem, na maioria dos serviços, profissionais de reabilitação que poderiam facilitar essa abordagem (ROCHA; SOUZA, 2011).

Segundo Rocha e Kretzer (2009), as propostas de ações de reabilitação na ABS redefinem a reabilitação que deixa de ser uma modalidade especializada dos serviços de saúde para ser parte das intervenções em saúde e responde a uma necessidade de saúde reprimida em função do modelo assistencial tradicional que não permite o acesso e a integralidade na assistência de pessoas com incapacidades e deficiências.

Se o objetivo primordial da intervenção reabilitacional tradicional está em minimizar ou eliminar a deficiência, na proposta da ESF a finalidade da reabilitação tornou-se o fortalecimento da autonomia e independência das pessoas com deficiências e de seus familiares, promovendo ações efetivas de cuidados em saúde e de participação social (ROCHA; KRETZER, 2009, p.66).

Na realidade de São Carlos, para que as ações de reabilitação possam realmente existir na ABS, faz-se necessário que gestores e profissionais iniciem um processo de reflexão sobre as abordagens utilizadas no cuidado junto às demandas das pessoas com deficiência. A inserção dos fisioterapeutas nos NIS não propiciou a inserção dessas demandas para o contexto da ABS, uma vez que predomina o pensamento biomédico.

A terceira história que apresentamos, a de Maria Elza nos remete para a complexidade e ao mesmo tempo para a simplicidade das ações realizadas frente às necessidades de algumas pessoas. Ela tem cinquenta e oito (58) anos, relata que estudou na idade adulta (23 anos) por apenas uma noite, pois era necessário pagar um táxi para se locomover até a escola e não tinha condições para pagar:

Eu estudei em Brasília só uma noite. Minha professora chamava Semi, era muito legal. Mas tinha que pagar um táxi e eu consegui pagar só uma noite. Quando era criança não dava pra estudar, eu tinha que ajudar minha mãe na cozinha, limpava a casa arrastando pelo chão. Essa doença só impediu de andar, mas eu moro sozinha, lavo passo e cozinho. (Maria Elza usuária de saúde)

Maria Elza trabalhou na fazenda onde morava com a família na Bahia e também como tapeceira, porém, não teve carteira assinada. Com quatro anos de idade teve poliomielite. Ficou com sequelas motoras de membros inferiores, sem condições para deambulação. Recebe benefício de prestação continuada do INSS, é solteira e tem um (1) filho.

Mesmo residindo dentro do território de uma USF, as demandas de reabilitação e outras necessidades de Maria Elza eram invisíveis à equipe. Ela foi cadastrada na unidade, mas como tinha dificuldades de locomoção até a USF, recebi apenas as visitas mensais do ACS. Um terapeuta ocupacional, em uma visita conjunta, identificou a necessidade de Maria Elza ser acompanhada por toda equipe e levou o caso para discussão em reunião de equipe. Desde então, o médico mesmo justificando que não faria uma consulta domiciliar porque ela não era acamada, acabou concordando com uma aproximação.

Eu estou tomando remédio pra pressão e meu colesterol continua alto. Eu não costumo sair de dentro de casa, eu não ando. Quando eu vou ao posto a vizinha me leva, mas ela não aguenta na subida empurrar a cadeira, sou pesada. O ano passado os médicos vieram, estou achando que não tiveram tempo esse ano, eu sei que eles vão vir. (Maria Elza, usuária da saúde)

Na ESF, o retrato de não responsabilização pelas demandas das pessoas com deficiência, apesar das propostas de cuidado integral, longitudinal, com acesso, acolhimento e vínculo conforme preconizado nas diretrizes do Ministério da Saúde e discurso dos gestores da saúde de São Carlos continua a ocorrer. Sempre há entraves.

Notamos diariamente em nossa prática profissional, uma resistência das equipes de saúde da família em São Carlos de incluir e considerar as demandas das pessoas com deficiência no cotidiano de trabalho. Mesmo com a inserção de profissionais de apoio, o que ocorre é uma tentativa de voltar ao modelo biomédico e encaminhar essas demandas para profissionais que estão agora, mais perto do território, porém não assumem uma posição de co-responsabilidade pelo cuidado.

Segundo Ferreira (2009), a Estratégia Saúde da Família permite conhecer os pacientes que necessitam de cuidado domiciliar e, nessa premissa, também podem ser identificadas as pessoas com deficiências. A autora apresenta que a atenção domiciliar para essa população, além das ações de reabilitação, pode englobar ações de convivência, ou seja, por meio da atenção domiciliar seria possível fomentar a circulação social, resultando da rede social.

Assim, o cuidado para essas pessoas, que ainda sofrem com a falta de acessibilidade, amplia-se com os atendimentos domiciliares e com maior resolutividade na USF, no entanto, as demandas de reabilitação ou mesmo de convivência, como defendido por Ferreira (2009), não são contempladas na realidade da ABS em estudo.

Entretanto, embora frente à complexidade das ações necessárias para uma vida digna das pessoas com deficiência, que passam obrigatoriamente por ações intersetoriais entre educação, transporte, planejamento e obras e outras, uma vez que, Maria Elza poderia beneficiar-se de uma simples parceria entre saúde e educação para voltar a estudar. Ou mesmo, como foi realizada, uma orientação sobre a disponibilidade de adquirir uma casa junto à PROHAB. Para tanto, os profissionais da ABS precisam reconhecer efetivamente as necessidades dessa população:

Agora eu to contente, eu acho que vai acontecer. Eu fiz minha inscrição na PROAB para comprar uma casa. Eu estou feliz porque agora, na minha velhice, eu vou ter um lar e vou poder sair dele para passear com minha cadeira de rodas. Porque aqui onde eu moro, nem uso minha cadeira, tem muita ladeira, vou me arrastando pelo chão. (Maria Elza, usuária de saúde)

Diferentemente das pessoas com sofrimento mental que contam com uma tentativa de estruturação do cuidado nos NIS com equipe multidisciplinar e nos CAPS, as pessoas com deficiência, especialmente aquelas com deficiência física, encontram maiores dificuldades para o seu cuidado integral, necessitando de maior articulação dos movimentos sociais locais, de profissionais, gestores do SUS e até mesmo dos usuários.

Destacamos que as três (3) mulheres que entrevistamos com deficiência física, todas demonstraram desconhecer o direito de um cuidado integral em saúde com ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação, assim como as possibilidades de cuidado ofertadas por equipes da ABS para essa população.

Esse panorama pode ser alterado, de acordo com Rocha e Kretzer (2009) que realizaram pesquisa sobre acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo período de 2000 a 2006. As ações de reabilitação no PSF são reconhecidas pelos entrevistados como um ganho na qualidade de vida. Os usuários demonstram vinculação com as propostas de reabilitação, apresentam adesão às orientações e reconhecem que a continuidade e integralidade da assistência geram benefício.

Sendo assim, reiteramos a necessidade de articulação de programas específicos para as pessoas com deficiência em São Carlos nas UBS, USF, NIS e NASF, além de uma estreita relação dessas unidades com a rede de serviços.

V- TECENDO A TERAPIA OCUPACIONAL EM SÃO CARLOS

Trajatória da terapia ocupacional no município de São Carlos: caminhos percorridos até a inserção na ABS

A inserção de terapeutas ocupacionais na ABS ampliou-se significativamente (MAGALHÃES; OLIVEIRA, 2008; CALDEIRA, 2009) nos municípios de médio e grande porte, incluindo São Carlos. Devido a nossa formação e vinculação ao Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, assim como nossa inserção no SUS local desde 2002, optamos também por apresentar nesse estudo, os caminhos iniciais da terapia ocupacional na ABS, desse município, correlacionando às ações locais com as produções bibliográficas, produzidas pela categoria no Brasil.

O município de São Carlos abriga a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) com diversos cursos de graduação na área da saúde e especificamente o curso de terapia ocupacional desde 1978. Assim, esse município, é considerado importante lócus na formação de profissionais da saúde, inclusive terapeutas ocupacionais.

Como ocorreu na maioria dos municípios brasileiros, os primeiros profissionais de terapia ocupacional foram vinculados às especialidades médicas, ou seja, nível secundário de atenção à saúde. Em São Carlos, os terapeutas ocupacionais foram inicialmente contratados pelo governo do Estado de São Paulo e desenvolviam suas ações no CEME, através de cuidados individuais e de grupos, na lógica ambulatorial e multiprofissional, vinculados aos programas de saúde do idoso, da criança, do adolescente, da mulher e da saúde mental.

A partir de 1998, com a conclusão do processo de municipalização da saúde, esses profissionais foram incorporados pela gestão municipal e passaram a desenvolver suas ações sob as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Notamos que esse momento de reorganização da atenção à saúde no âmbito municipal impactou os profissionais da saúde, conforme demonstra o relato abaixo:

Em 1992 eu entrei no CEME. Quando eu cheguei aqui no CEME foi um choque! Porque a gente tinha 02 alas, uma lá embaixo que atendia as pessoas nas especialidades, naquela época tinha terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e uma psicóloga. Éramos em 04 terapeutas ocupacionais e 03 fisioterapeutas e todos trabalhavam no mesmo corredor. Então a gente tinha 03 psiquiatras, a gente tinha também a assistente social. O modelo de lá era o modelo de ambulatório, eram atendimentos de grupo e atendimentos individuais. Mas deixa-me diferenciar, a gente tinha um modelo que era antes da municipalização, só do Estado, desenvolvemos programas, tinha uma atenção muito mais avançada eu considero. Depois da municipalização desmembrou tudo, desestruturou tudo! Quando a gente trabalhava no Estado, no ambulatório só do Estado, a gente tinha grupos de adolescentes, grupo de saúde mental e gerontologia, atenção à mulher, a gente tinha

diversos programas de trabalho que estavam muito mais organizados. O momento da municipalização foi bem atrasado aqui, a gente municipalizou em 1998, foi um dos últimos municípios a se municipalizar. Aí desmontaram todos esses programas, colocando: Olha o Estado não fazia nada e o município sabe fazer tudo. Aí desestruturou o que vinha acontecendo, desmotivou os profissionais. Foi um momento de retrocesso. (Profissional da saúde 08)

Durante anos, esses profissionais atuantes no CEME, passaram a reconstruir suas ações sob as diretrizes da nova gestão. Nesse processo, devido a grande demanda para internações psiquiátricas, a equipe de saúde mental passa a estruturar o cuidado no CEME e a terapia ocupacional, se destaca, devido às proposições vinculadas com a reforma psiquiátrica, principalmente de desospitalização e humanização da atenção.

Também em 1998 (ano da finalização do processo de municipalização), teve início no município, o Programa de Saúde da Família. Nesta nova proposta, a SMS, incorporou terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas às equipes mínimas (médico generalista, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, dentista). Assim, a trajetória da profissão na rede básica do município, teve início no final da década de 1990, porém não teve continuidade, na concepção de um profissional da saúde, devido às mudanças ocorridas no cenário político:

Na equipe do Programa de Saúde da Família tinha uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, eu como fisioterapeuta, um médico, mas que trabalhava 04 horas. Também 05 agentes de saúde e um dentista. Só que na época os ACS eram cargos de confiança, esse dentista também e essa enfermeira também não era contratada, eu acho que também era cargo de confiança. Então essa enfermeira tinha uma história de conhecer o PSF como ele foi montado no nordeste e não deu certo, após as eleições, em 2001, nós [fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais] fomos transferidos. (Profissional de saúde 04)

Acreditamos que a proposta de inclusão desses profissionais (terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas) na rede básica de São Carlos, não se concretizou também devido a não priorização da incorporação desses profissionais nas equipes da ABS. Assim como, o próprio momento de estruturação do PSF no Brasil, iniciado em 1994, ainda como programa bem sucedido a partir de experiências locais, para enfrentamento de determinados problemas de saúde em municípios de pequeno porte.

Nesse contexto de mudanças na gestão da saúde com a municipalização, alguns terapeutas ocupacionais, pediram demissão e outros, transferência e licença-saúde, ou seja, das quatro (4) profissionais contratadas anteriormente pelo Estado de São Paulo, apenas uma (1) terapeuta ocupacional continuou no CEME, atuando na saúde mental. Porém essa não era a única profissional atuante no SUS local, visto que a SMS contratou por tempo determinado, uma terapeuta ocupacional para ações no ambulatório oncológico.

Em 2002, ocorre o primeiro concurso público municipal para a categoria sob a nova gestão municipal (que iniciava suas atividades). Das três (3) profissionais convocadas duas (02) foram para a saúde mental no recém-criado CAPS II e uma (01) assumiu as ações iniciadas no ambulatório oncológico:

Eu assumi a vaga de uma terapeuta ocupacional que estava com contrato irregular. Quando eu assumi, descobri que nesse ambulatório oncológico, além da assistência aos pacientes da oncologia, existia um centro de reabilitação que funcionava lá e que não eram para pacientes com seqüelas de patologias oncológicas, eram pacientes em geral, na maioria seqüelas de acidente vascular encefálico, adultos e idosos, algumas crianças com distrofia muscular que estavam sendo atendidos por essa terapeuta ocupacional e por uma fonoaudióloga que também trabalhava lá. Os fisioterapeutas atendiam somente oncologia, mas a terapeuta ocupacional e a fonoaudióloga assumiam também essa outra clientela. A parte da terapia ocupacional na oncologia eu acabei não assumindo porque a TO estava com contrato irregular, mas ela acabou fazendo outro tipo de contrato pela Fundação Educacional de São Carlos (FESC) para ficar somente com o grupo de mulheres com câncer de mama. Então eu acabei não assumindo a oncologia e fiquei com os pacientes desse centro de reabilitação. Aí pra mim começou a não fazer muito sentido estar ali com aqueles pacientes no ambulatório oncológico, muitos não faziam fisioterapia ali, aí eu acabei indo atrás da minha transferência para o CEME. Entendendo que ali sim tinha um centro de reabilitação maior com outros fonoaudiólogos, com os fisioterapeutas, uma equipe grande, uma psicóloga, enfim você tinha pelo menos um vislumbre que você poderia ter uma equipe para cuidar dessas pessoas. E eu acabei conseguindo minha transferência alguns meses depois. (Profissional de saúde 12)

Ao final de 2002, o município contava com três (3) terapeutas ocupacionais na atenção especializada, sendo duas (2) no CAPS II (uma delas com dois vínculos empregatícios, pois já era funcionária municipalizada do Estado de São Paulo e com o novo concurso, passou a ser funcionária municipal e articuladora de saúde mental do município) e uma (1) no CEME, atuando em alguns programas de saúde multiprofissional, iniciando uma estrutura na terapia ocupacional, também para atenção as pessoas com deficiência.

Esse panorama de três (3) terapeutas ocupacionais no SUS local, permaneceu até a inauguração do CAPS ad II, em 2006, quando mais (1) uma terapeuta ocupacional foi chamada pelo concurso público ainda vigente, ficando quatro (04) profissionais contratadas pelo município para a atenção especializada, sendo duas (2) na assistência em saúde mental (uma no CAPS II e outra no CAPS ad II), uma (1) na articulação de saúde mental e na coordenação do CAPS II e uma (1) terapeuta ocupacional no CEME³¹ que desenvolvia ações voltadas às pessoas com deficiência.

No início de 2007, com as propostas da Rede Escola de Cuidados à Saúde e com a participação de terapeutas ocupacionais participantes do curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pelo recém-inaugurado Departamento de Medicina na UFSCar

³¹ Essa terapeuta ocupacional esteve afastada por um período para concluir pós-graduação, nível doutorado.

e do início do Programa de Residência Multiprofissional da UFSCar, começou a ocorrer um movimento da categoria e da gestão municipal para incorporação de novos profissionais na ABS. Nesse contexto, ocorreu um novo concurso público para profissionais da saúde, inclusive terapeutas ocupacionais e em 2008, a primeira colocada foi contratada para trabalhar no NIS Cidade Aracy, pertencente ao ARES Cidade Aracy.

Depois de 10 anos a terapia ocupacional retornava para a ABS de São Carlos, entretanto, o cenário colocado em 2008 era diferente daquele da década anterior, o PSF transformou-se em ESF devido à indução do Ministério da Saúde (MS) e Organizações Internacionais, que injetaram recursos financeiros para induzir esse modelo como o ideal para ABS em todo Brasil.

Destacamos que nesse momento o município contava com três (3) terapeutas ocupacionais do SUS local na saúde mental, sendo a profissional do CEME estava afastada e uma (1) terapeuta ocupacional na ABS, no NIS. Além dos residentes de terapia ocupacional do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSCar que propunha o início das ações de apoio matricial junto às equipes de saúde da família:

O Município de São Carlos tem vivenciado com êxito este modelo de organizar as práticas em saúde com a parceria desenvolvida com a Universidade Federal de São Carlos. A efetiva inserção na Rede de Cuidado dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família, com o estabelecimento de Equipes de Apoio Matricial constituído por: farmacêutico, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, educador físico e fonoaudiólogo e da inserção profissional, contratados pela Prefeitura Municipal, a saber: psiquiatra, fisioterapeuta e farmacêutico, têm proporcionado um novo fazer mais integral e resolutivo (SÃO CARLOS, 2008, p. 05).

Em 2009 aconteceu o retorno da terapeuta ocupacional que atuava no CEME. Contudo, devido à decisão política dos gestores municipais de apostar na ABS e da necessidade de terapeutas ocupacionais preceptoras dos alunos da UFSCar³², essa profissional foi para o NIS Vila Isabel, e passou a exercer a função de preceptora em conjunto com a terapeuta ocupacional atuante no NIS Cidade Aracy.

No ano de 2010, por meio de negociações da Rede Escola de Cuidados à Saúde, ocorreu contratação de três (3) terapeutas ocupacionais para os NIS, assim, cada NIS passou a ter um (1) terapeuta ocupacional, sendo ao todo cinco (5) profissionais na ABS do

³²Em 2008, o curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos implementou um novo Projeto Político Pedagógico (PPP) passando a adotar unidades educacionais integradas, onde os estudantes desenvolvem sua aprendizagem através de metodologias ativas e inserção em cenários reais ou seja unidades de saúde, vinculadas ao SUS local.

município. Esse panorama de cinco (5) terapeutas ocupacionais na ABS e três (3) na atenção especializada (saúde mental) manteve-se até junho de 2011, quando iniciou as atividades do NASF com duas (2) terapeutas ocupacionais, somando então sete (7) profissionais na ABS do município.

O cenário que apresentamos foi uma trajetória ascendente de uma categoria profissional que passa de nenhum profissional contratado pelo SUS local para atuação na ABS em 2007 (exceto residentes) para sete (7) em 2011. Nesta proposição, os terapeutas ocupacionais formam a categoria majoritária no apoio às equipes da ABS em São Carlos seguido pelos fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos. Consideramos esse, um contexto fértil para o fortalecimento de ações na ABS voltadas às necessidades das populações que enfocamos.

Acreditamos que esse contexto microssocial do município que enfocamos, esteja em consonância com as propostas direcionadas por políticas indutórias do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (Programa de Residências Multiprofissional em Saúde, Pró--Saúde, Pet-Saúde), que propõem a ABS como locus privilegiado para formação dos profissionais da saúde.

A seguir, apresentamos os caminhos iniciais dos terapeutas ocupacionais nos territórios da ABS, assim como as ações desses profissionais nessa inserção. Consideramos ainda uma trajetória inicial para a profissão, devido a sua recente incorporação na ABS em São Carlos. O que temos é o discurso dos profissionais, que consideramos importante para, inclusive, avaliar em um momento futuro o que conseguiu ser implementado na área.

Tecendo a terapia ocupacional na ABS em São Carlos

Em São Carlos, os terapeutas ocupacionais na ABS inicialmente chegaram com o intuito de apoiar o cuidado em saúde mental nos NIS e superar o desconhecimento da atuação desse profissional neste âmbito de cuidado em saúde. Após iniciar suas ações, as profissionais passaram a ser reconhecidas por gestores, como um importante facilitador do processo de trabalho das equipes de referência:

A terapeuta ocupacional chegou para fortalecer a saúde mental nos NIS, a gente tem trabalhado bastante com ela e tem sido uma parceira bastante interessante, temos o trabalho junto com o psiquiatra e a equipe, para participação de grupos. Então, a gente tem trabalhado para que as pessoas consigam lidar com seus sofrimentos, mas a terapeuta ocupacional foi uma surpresa pra mim, eu até nem tinha uma visão do que o profissional podia fazer na UBS (Gestor 02).

Em nosso entender, contribui para tal desconhecimento, em geral, a demora de alusão às atribuições desses profissionais nas diretrizes da ABS e também, a desarmonia entre a formação acadêmica tradicional e os novos cenários das ações técnicas. Em particular, identificamos, em nossa pesquisa junto aos trabalhos apresentados nos CBTO, uma vertente dentro da própria categoria, que busca legitimar a inserção neste âmbito de atenção pormenorizando a face reabilitadora da profissão, desenvolvendo somente ações no campo preventivo e da promoção de saúde.

Tal constatação não pode ser generalizada, uma vez que identificamos pesquisas principalmente vinculadas às universidades, demonstrando que na ABS as ações dos terapeutas ocupacionais vinculam-se às demandas do território e a comunidade local, não somente nas ações de promoção e prevenção em saúde, mas até mesmo nas ações de reabilitação.

Segundo Rocha e Souza (2011), as ações da terapia ocupacional na ABS são direcionadas para propostas de problemas coletivos e individuais de redução de incapacidade, de melhoria da qualidade de vida, de favorecimento da participação social, de constituição das redes sociais de apoio e da eliminação de exclusão social e segregação.

Na concepção dessas autoras, inclusive a inserção das ações de reabilitação na ESF demonstraram ser factíveis e eficazes, e demarcam novos princípios éticos e institucionais, sobretudo ao atingir pessoas com deficiências, que em outras formas de organização dos serviços ficam excluídas de qualquer intervenção.

Em São Carlos, a demanda diferencia-se de acordo com o território de cada Administração Regional de Saúde, por exemplo, na ARES do Cidade Aracy, região que foi povoada recentemente, localizada geograficamente a margem da cidade, com predomínio de famílias em situação de vulnerabilidade social, a demanda por ações voltadas às mulheres gestantes e crianças/adolescentes é grande. Já na ARES Redenção localizada na região central do município, com predomínio de famílias tradicionais, a demanda por ações voltadas à população idosa é maior.

Assim, a demanda para ações dos profissionais de saúde, entre eles, dos terapeutas ocupacionais é diversificada e depende do território de abrangência. Apesar do enfoque na saúde mental, delineado pelos gestores para inserção dos terapeutas ocupacionais na ABS em São Carlos, esses profissionais, em nosso campo, relataram ações também junto às pessoas com deficiência física, pessoas com deficiência sensorial, idosos, crianças com dificuldades escolares e/ ou de comportamento, pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas, pessoas que vivem em situação de rua, conforme relatos abaixo:

Na USF a gente tem uma clientela assim bem grande de idosos. Mas no restante, na UBS é bem misto, tem bastante clientela com transtorno psiquiátrico que não tem uma aderência no CAPS. E chega muita criança também, com dificuldade de aprendizagem ou que não tenha assim um quadro específico pra uma intervenção no CEME no trabalho especializado. Mas assim com caráter preventivo mesmo. Então é aquela criança que começou a dar um probleminha na escola ou que tá com problema de comportamento e aí a gente faz um trabalho integrado entre eu e a psicologia pra tentar ir trabalhando com essa família, com a criança, também. Mas eu acho que AVC, tem muito AVC, também. Então a gente entra naquela parte da reestruturação do cotidiano, das atividades de vida diária. (Profissional de saúde 10)

Tem muita gente com deficiência no território, com deficiência física, amputados inclusive, muitos sequelados de AVE, deficientes visuais, mas não que os meus colegas identifiquem como demanda da terapia ocupacional. Pra essa população, eu encontrei maior resistência no meu trabalho, por desconhecerem mesmo as possibilidades da terapia ocupacional. Eu propus fazer um levantamento e á princípio as pessoas torceram o nariz, equipe e gestão. (Profissional da saúde 09)

É, tem um morador de rua que eu acompanho junto do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) na praça. A gente faz um atendimento, assim, voltado pra saúde, né, pois ele também é dependente de álcool. (Profissional da saúde 12)

Mesmo frente a diferentes demandas, notamos que os terapeutas ocupacionais na ABS em São Carlos voltam-se para as pessoas mais vulneráveis de cada território, no sentido de maior vulnerabilidade econômica e ou de inserção social e relacional e principalmente aquelas que sofrem com a vulnerabilidade devido a não inclusão de ações voltadas para as suas necessidades de saúde, como as pessoas com deficiência, as pessoas com sofrimento mental.

Assim, partilhamos da concepção, que atribui como fundamental a atuação do terapeuta ocupacional frente às necessidades das pessoas com sofrimento mental e das pessoas com deficiência, populações clássicas de estudo e intervenção dessa categoria e em sua maioria, não acolhidas tradicionalmente pela ABS.

Nesta proposta, de inclusão das necessidades de saúde dessas populações que enfocamos nas ações da ABS, conforme apresentamos nas histórias de Marilene e Tânia, o terapeuta ocupacional pode ser um mediador para inclusão das demandas dessas populações junto às equipes de saúde e auxiliar no estabelecimento de redes sociais de suporte junto ao território.

Os terapeutas ocupacionais vinculados à atenção básica e territorial em saúde tendem a contribuir para tornar a atenção mais completa e contextualizada pela natureza dos problemas que têm buscado trabalhar junto a pessoas e/ou grupos, como também têm possibilidade de serem articuladores de alternativas para que as pessoas que acompanham acessem outros níveis da assistência. (ALMEIDA; OLIVER, 2001, p.81)

Diferentemente de outros municípios, como por exemplo, o município de São Paulo (OLIVER; BARROS; LOPES, 2005; HO; OLIVER, 2005; ROCHA; KRETZER, 2009; ROCHA; SOUZA, 2011) os terapeutas ocupacionais em São Carlos, vêm enfrentando dificuldade para trabalhar junto às pessoas com deficiência seja pela falta de conhecimento dos gestores para o alcance das ações do terapeuta ocupacional junto a essa população ou mesmo pela dificuldade por parte dos profissionais dos NIS e das UBS sem USF, de responsabilização pelo cuidado dessas pessoas e não identificação das demandas para o terapeuta ocupacional.

Nas USF, o contexto é semelhante, porém, as terapeutas ocupacionais foram inseridas nestas unidades a partir da necessidade de inserção dos alunos do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar. Em nosso cotidiano, temos notado que essa inserção no território das USF, tem contribuído de maneira positiva à inclusão das necessidades das pessoas com deficiência junto às equipes de saúde da família, principalmente ao colaborar com os ACS no reconhecimento dessas demandas.

Nesse enfoque, parte-se da necessidade de co-responsabilização efetiva de todos os profissionais das equipes de saúde atuantes na ABS para as demandas das pessoas com deficiência e das pessoas com sofrimento mental, pois ao tratar das questões de saúde relativas a esses grupos sociais, faz-se necessário buscar as articulações possíveis, no que tange à noção de valor da vida e da saúde nesse contexto singular (CARNEIRO Jr; SILVEIRA, 2003).

Concordamos com Malfitano e Lopes (2003), que a ESF prevê ações de saúde básica, referindo-se as intervenções que digam respeito ao oferecimento de assistência para problemáticas ou doenças relacionadas aos componentes da saúde clínica, tais como: hipertensão, diabetes, pré-natal, dentre outras. Entretanto, as populações que enfocamos, necessitam de ações básicas de saúde, relativas às demandas específicas desta população de acordo “com as características sócio-culturais e econômicas e, portanto, vinculadas a outro conceito de saúde, que não se restringe à ausência de doença, pois tem como desafio a integração de toda a população no território” (p. 113).

Assim, o terapeuta ocupacional, pode atuar na ABS com ações voltadas a saúde básica e principalmente aquelas relacionadas às ações básicas de saúde. Na proposição das ações básicas de saúde, segundo Souza e Rocha (2011), as formas de atendimento do terapeuta ocupacional ocorrem de acordo com a demanda dos usuários, quer na UBS, no domicílio ou em espaços da comunidade, através de cuidados individuais, grupais, dos familiares e de outras pessoas do circuito relacional.

Em São Carlos, as terapeutas ocupacionais partilham das mesmas estratégias de atenção apresentado pelas autoras, segundo a demanda dos usuários, entretanto também relataram participação em reuniões semanais junto as equipes, elaboração de manuais sobre as atividades existentes na comunidade, participação nas campanhas da ABS, atividades de rastreamento para uso abusivo de álcool e outras drogas na comunidade e planejamento de atividades e festas para a integração da equipe e da comunidade:

Algumas atividades que são encomendadas, ah, um dia do idoso, dia contra o tabaco, semana de alerta do álcool, isso rola bastante. Acho que essa é uma das principais diferenças da saúde mental com a atenção básica, sempre tem uma campanha, sempre é um mês de alguma coisa e a gente tem que bola isso. Tem também atividades de integração que a gente fez uma festa junina e agora a gente tá bolando a de fim de ano. Conforme o tempo foi passando, começamos a elaborar um guia, bem simples mesmo, de atividades na comunidade pra deixa com os médicos, com esses colegas, pra ter como recurso antes de encaminhar pra atendimento individual. (Profissional de saúde 09)

Eu tenho um grupo de mulheres perfil de todas elas deprimidas ou ansiosas, eu tenho algumas pessoas que eu acompanho individualmente, são poucas, mas eu acompanho. No NIS eu também tenho um acolhimento em saúde mental. (Profissional de saúde 12)

Venho trabalhando mais com álcool e drogas, onde realizo atendimentos individuais, grupais e visitas domiciliares sempre pensando no Plano de Prevenção de Recaída. Trabalho também com instrumento de rastreamento para detectar e prevenir o uso do álcool e outras drogas. (Profissional da saúde 11)

Na USF a gente tem um grupo de estimulação cognitiva, que foi uma coisa que foi feita com parceria com a fisioterapia. Então enfocamos prevenção de queda, trabalho de equilíbrio, de coordenação ai logo em seguida. Se a gente dissesse que era um grupo, existe preconceito assim de dizer que faz parte de um grupo. Ainda mais se é um grupo de memória. E ai quando termina o grupo da prevenção das quedas, começo outro para estimulação da memória, de orientação temporal. (Profissional de Saúde 10)

As ações realizadas pelos terapeutas ocupacionais sinalizam que esses profissionais demonstram comprometimento com uma prática terapêutica voltada ao coletivo e as demandas singulares, no espaço territorial, essas ações buscam romper com o isolamento dos serviços de saúde e procuram criar na prática uma materialidade transdisciplinar de saúde (OLIVER; BARROS; LOPES, 2005).

A contextualização territorial propicia outras dimensões para o desenvolvimento do trabalho, possibilitando que o processo proposto pela terapia ocupacional possa ser ampliado para a construção de novas abordagens, para a utilização de novos espaços, para as dimensões macroestruturais, co-relacionando aspectos que na prática não se isolam, são permeados uns pelo outros (MALFITANO, 2005).

Partilhamos da concepção que entende que o trabalho profissional não deve se restringir a uma clínica tradicional protegida pela instituição. Pauta-se a necessidade dos profissionais da saúde, inclusive os terapeutas ocupacionais, de ir ao encontro das pessoas, promover seu acesso aos serviços, realizar abordagens que sejam contextualizadas em sua realidade, história e cultura, criando novas formas de produção de saúde (CAMPOS, 2007).

Nesta proposição de ampliação da clínica, a intervenção em saúde fica focada nas singularidades e necessidades das pessoas assistidas e nas relações interpessoais, que também são consideradas como parte do cuidado em saúde (ROCHA; SOUZA, 2011).

Parece-nos evidente, que em São Carlos, gestores e a maioria dos profissionais de saúde, atores desse estudo, inclusive os terapeutas ocupacionais, compreendem a ABS com enfoque nas ações de promoção e prevenção de saúde. Acreditamos que esse debate não nos parece ser específico do terapeuta ocupacional, insere-se na própria ambiguidade da ABS, que propõem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação e ao mesmo tempo, através de portarias, diretrizes e até mesmo políticas, enfatizam as propostas de promoção em detrimento de outras ações. No entanto, ao se defrontar com as necessidades das populações que estudamos outras ações também são necessárias.

Mas, eu vejo que a gente tá mais inclinado pra trabalhar com estratégia de prevenção que é uma coisa que eu via que não aconteciam anos atrás quando eu estava na atenção especializada. A gente não foca muito nisso, a gente acaba trabalhando ali com o curativismo, né, com aquela intervenção direta. Então eu vejo bastante perspectiva de trabalho com isso, assim, de trabalho com promoção de saúde mesmo. (Profissional de saúde 10)

É engraçado porque apesar de estar na atenção básica eu faço muito mais terciária porque de prevenção mesmo eu faço muito pouco porque não tem um local pra atender essas pessoas, pacientes de AVE, TCE, esclerose, geriátrico. (Profissional de saúde 02)

Então, eu vejo bastante perspectiva de trabalho com isso, assim de trabalhar com promoção de saúde mesmo. (Profissional de saúde 12)

O terapeuta ocupacional pode ter ações em diversas frentes, depende da demanda da unidade em que trabalha, mas sempre pensando em promoção e prevenção da saúde. (Profissional de saúde 11)

Conforme apontamos, no discurso dos terapeutas ocupacionais de São Carlos, aparece o enfoque para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na ABS, porém, em nossa análise e inserção neste campo, destacamos também a efetividade das ações de cuidado, vistas como ações de reabilitação, entre elas, os grupos de estimulação cognitiva, aquele voltado para mulheres deprimidas, os atendimentos com utilização do Plano de Prevenção para Recaída (PPR), entre outros.

Não se trata de um posicionamento contrário às ações de promoção de saúde, obviamente o terapeuta ocupacional também se preocupa em promover a saúde e oferecer condições para colaborar com boas condições para a vida, principalmente na ABS. Porém concordamos com Rocha e Souza (2011) que o trabalho desse profissional nesse âmbito de atenção, se tece através do entrelaçamento das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação de deficiências e incapacidades e outros sofrimentos associados.

Em nossa opinião, assim como a priorização das ações de saúde básicas, o trabalho em saúde, voltado somente à promoção da saúde, simplifica a complexidade das ações da ABS e não contempla as necessidades das populações que enfocamos.

Pensando efetivamente nas necessidades das pessoas com deficiência e das pessoas com sofrimento mental, a ABS deve apropriar-se também das ações de reabilitação a partir da inserção de profissionais terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros. As histórias de vida apresentadas em nosso estudo demonstram uma absoluta necessidade de institucionalização na ABS de cuidados voltados para as necessidades singulares destas pessoas.

O terapeuta ocupacional e sua formação para o trabalho na ABS

Nota-se que o campo da ABS para o terapeuta ocupacional possui ainda uma literatura incipiente, sendo um resultado esperado, na medida em que a intervenção neste âmbito vem acumulando recentemente pesquisas, intervenções e desenvolvimento específicos (BIANCHI, 2011). Neste contexto, muitos profissionais que atuam na ABS, não tiveram na graduação disciplinas específicas ou mesmo possibilidades de pós-graduação junto a esse tema. Também apenas nos últimos anos, com os NASF, vem ocorrendo concursos específicos para o profissional na ABS, o que ainda não ocorre na realidade de todos os municípios no Brasil. Assim, muitos profissionais passaram a remodelar o seu trabalho, através dos estudos e experiências acumuladas.

Em São Carlos, as terapeutas ocupacionais entrevistadas, em 2011, possuíam formação universitária em sua maioria pela UFSCar, de cinco (5) a vinte e três (23) anos de experiência profissional, de oito (8) meses a dezoito (18) anos de trabalho no SUS local e titulação de especialização ao doutorado, conforme quadro abaixo:

Quadro 12: Formação terapeutas ocupacionais inseridas na ABS de São Carlos em 2011.

Terapeuta Ocupacional	Anos de Formação	Nível de Titulação	Anos de Trabalho no SUS	Universidade de Formação da Graduação
Profissional da saúde 7	05 anos	Especialização em Saúde Coletiva	01 ano	USP-SP
Profissional da saúde 8	23 anos	Mestrado em Engenharia de Produção	18 anos	UFSCar
Profissional da saúde 9	06 anos	Residência em saúde mental	08 meses	Centro Universitário Metodista /IPA
Profissional da saúde 10	08 anos	Especialização em Psicomotricidade	01ano	UFSCar
Profissional da saúde 11	22 anos	Especialização em Saúde Coletiva e Terapia de Mão	09 anos	UFSCar
Profissional da saúde 12	14 anos	Doutorado em Educação	09 anos	UFSCar

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Conforme os relatos que seguem, as terapeutas ocupacionais desse município utilizam no cotidiano de trabalho na ABS, referenciais da reabilitação psicossocial, do método da terapia ocupacional dinâmica, da saúde coletiva, para subsidiar suas intervenções:

Acho que meu referencial é muito marcado pela terapia ocupacional psicossocial. É o que eu me vejo fazendo o tempo todo, é o meu raciocínio para intervenção, né, contratualidade, estigma, produção social de doença, sofrimento, é isso. (Profissional de saúde 09)

Minha formação clínica é no método de terapia ocupacional dinâmica. Então, é ele que tá dentro da minha cabeça pra eu pensar, não só o sujeito, mas pra eu pensar o contexto todo do meu trabalho. (Profissional de saúde 12)

Segundo Rocha e Souza (2011), as ações da terapia ocupacional na ABS assumem o caráter prioritário de cuidados em saúde e sua atuação deve ser pautada pela compreensão dos processos saúde-doença que consideram as condições territoriais, sociais, biológicas e psicológicas e de que os usuários podem ser protagonistas na produção de saúde. Sendo assim, faz-se necessário uma formação profissional condizente com as ações realizadas na ABS, assim como concursos específicos para área.

Ao encontro dessas necessidades para consolidação e crescimento da área, mediante políticas indutoras do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde e da necessidade de formação profissional para o SUS, os cursos da saúde estão passando por reformulações curriculares.

Apoiados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional que estabelece como fundamental, uma formação desse profissional voltada ao sistema de saúde vigente no país. Mediante propostas de atenção integral da saúde, com enfoque para a promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação, alguns cursos de terapia ocupacional iniciaram essas mudanças em seus Projetos Pedagógicos (BRASIL, 2002).

Nesta proposição, desde 2008, o Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar propõe um novo currículo, voltado para as metodologias ativas e sócio-construtivista, visando a formação de um profissional “generalista, humanista, crítico e reflexivo, pautado em princípios éticos e metodológicos da profissão” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2007, p.29).

Nesta proposta, os planos curriculares são integrados e interdisciplinares, incluem processos metodológicos e pedagógicos inovadores, desenvolvidos em pequenos grupos de estudantes orientados pelo desenvolvimento da competência profissional esperada para estes profissionais no contexto brasileiro. Também pressupõe uma diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, o que inclui uma ampla participação dos estudantes e professores na rede de serviços do município. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2007, p. 32)

Sendo assim, o Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar, nessa proposição da Rede Escola, passou a oferecer aos alunos oportunidades para aprender em cenários reais de prática. Com o apoio dos terapeutas ocupacionais do SUS local que passaram a desenvolver funções técnico-assistenciais em saúde e importante papel em atividades educativas como preceptores.

O preceptor terapeuta ocupacional, no ensino da graduação, conforme Projeto Pedagógico da UFSCar está vinculado ao eixo da Unidade da Prática Profissional (UPSTO) e recebe os alunos da graduação do primeiro e segundo ano nas USF no período de 06 horas semanais. São funções desse profissional:

- Facilitar a inserção dos estudantes nos processos de trabalho das equipes de saúde da família mediando essa relação;
- Promover a inserção do aluno no contexto territorial de determinada área da Estratégia Saúde da Família;
- Promover a reflexão e supervisão dos estudantes no cuidado à saúde das pessoas/famílias/comunidades e atividades que desenvolvam na unidade de saúde da família, assim como no território;

- Apresentar aos estudantes possibilidades de intervenção em terapia ocupacional no contexto territorial e comunitário.

A atividade de preceptoria na formação de profissionais na área da saúde vem sendo discutida principalmente junto à educação médica. Na terapia ocupacional, essa atividade foi iniciada nas Residências Multiprofissionais e Programas de Educação para o Trabalho (PET). Embora, as atividades práticas acadêmicas e os estágios curriculares dos cursos de graduação em terapia ocupacional com intervenções na comunidade, inclusive na ABS, ocorram desde o início dos anos 2000 (ROCHA, SHIMIZU, 2001).

Segundo MISSAKA e RIBEIRO (2011) o preceptor tem um importante papel na formação profissional ao integrar a teoria e a prática no contexto de cuidado à saúde. Entretanto, sua função, suas intervenções e os seus atributos não ficam bem definidos, mesmo em documentos oficiais, como aqueles que atribuem aos profissionais de saúde papel na formação educacional e instituem as unidades de saúde como cenários de cuidado em saúde e lócus de ensino. Para esses autores, uma melhor fundamentação do conceito de preceptor no cenário de ensino-aprendizagem, permitirá a construção da regulamentação dessa figura no sentido de atender as necessidades e anseios atuais na formação dos profissionais de saúde.

Este novo lugar do terapeuta ocupacional em São Carlos está sendo construído pelas terapeutas ocupacionais do SUS em parceria com os docentes do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar. Acreditamos, no entanto, que o trabalho e os pressupostos pedagógicos do preceptor precisam ser mais discutidos pela categoria, assim como, as habilidades necessárias, as ferramentas de trabalho e o processo de formação desse novo ator nos processos de aprender, cuidar e ensinar.

Como apontam os discursos dessas profissionais, essa atividade encontra-se em fase de estruturação e desperta continuamente reflexões sobre qual prática ensinar aos alunos, uma vez que o próprio trabalho do terapeuta ocupacional e do preceptor é recente na ABS:

Essa relação da rede com a universidade, ela é uma relação que gera tensões das mais variadas. Estar no lugar de preceptor é alguém que está ali para dar suporte ao ensino da prática profissional. E isso gera muita tensão no sentido de que prática é essa que você quer ensinar? **Porque nós não somos das equipes de saúde da família, temos que estar na unidade pra ensinar que tipo de práticas para as alunas?** (Profissional de saúde 12, grifo nosso)

Concordamos com Souza e Rocha (2009), que o processo ensino-aprendizagem, no contexto da ABS, contribui para a interação dos alunos e dos usuários com a comunidade. Dessa maneira, a utilização de tais espaços para a formação profissional

facilita a compreensão sobre o SUS e suas articulações intersetoriais necessárias, levando em consideração, para além do diagnóstico, o território e a comunidade como lócus de intervenção.

Correlacionando os dados desse estudo com a formação profissional, uma vez que o cenário de cuidado na ABS em São Carlos que apresentamos também é um dos cenários reais da prática e conseqüentemente de formação, dos futuros terapeutas ocupacionais formados pela UFSCar. Essa pesquisa apresentou que as ações iniciais da terapia ocupacional nesse âmbito do cuidado em saúde, são em sua maioria voltadas para as ações na saúde mental, entretanto, também ocorrem em menor número junto às pessoas com deficiência, idosos, crianças com dificuldades escolares, dentre outras. Em consonância com as ações de uma maneira geral, apresentadas pela categoria nos CBTO e produção bibliográfica.

Frente à recente incorporação de outras profissões compondo o cuidado na ABS de São Carlos, inclusive dos terapeutas ocupacionais, ações pontuais tem demonstrado a importância dessa incorporação para a realização de um cuidado ampliado (característica marcante na formação do terapeuta ocupacional), baseado na clínica ampliada³³. Entretanto, o cuidado para essas populações nas RAS em São Carlos, ainda é precário, frágil, fragmentado e não orientado por políticas municipais específicas.

Essa realidade produz em nossa concepção, um cenário não ideal, porém real para o ensino e formação do terapeuta ocupacional na ABS. Mesmo frente a essa realidade, acreditamos que a inserção dos terapeutas ocupacionais e dos alunos de graduação na ABS, principalmente do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar tem contribuído para reconhecimento e inclusão das necessidades das populações estudadas junto às equipes da ABS em São Carlos, assim como a função de preceptor tem importante impacto na formação dos terapeutas ocupacionais que atuam na ABS e que são preceptores desses alunos.

³³ A clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso (CAMPOS, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Julgo conveniente prosseguirmos analisando criticamente os modos como fazemos saúde. Permaneceremos abertos ao novo, a descobertas, que somente acontecerão se não pasteurizarmos o debate e, sobretudo, a experimentação" (CAMPOS, 1997, p. 114).

O desenvolvimento desse trabalho foi uma das tarefas mais complexas que nos propusemos a realizar até hoje. Não só por conciliarmos muitas responsabilidades diante dos múltiplos papéis ocupacionais assumidos, mas também porque atribuímos a esse estudo o desafio de recomeçar e transcender a prática para a reflexão: "Torna-se fundamental, que esses mesmos profissionais que aceitaram o desafio da transformação institucional no país, aceitem também o desafio de produzir uma reflexão à altura dessas práticas, que as expliquem e que as impulsionem" (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 1999, p. 73).

A imensa responsabilidade de estar finalmente em um Programa de Pós-Graduação específica em Terapia Ocupacional, após 10 anos de dedicação à prática profissional, se misturava a todo tempo com o desejo de desenvolver uma pesquisa comprometida com as necessidades concretas das populações que enfocamos nessa pesquisa e que nos comprometemos diariamente na prática profissional.

Nessa mudança de perspectiva pessoal e profissional, na trajetória da pesquisa, como escrito no artigo de Barros, Ghirardi e Lopes (1999), foi preciso aprender a pensar, renunciar, revisar postulados e condutas e principalmente aprender a criticar; buscando uma transformação e um equilíbrio entre "ética e saber, entre ação técnica e compreensão sócio-antropológica, entre subjetividade e necessidade" (p. 72).

Aceitando o desafio de produzir reflexões sobre a terapia ocupacional e as populações clássicas de intervenção desses profissionais, deparamo-nos com o fato, já amplamente estudado, que as discussões sobre as populações enfocadas passam necessariamente pelos padrões socioculturais e pelo conceito de normalidade imposto pela sociedade, atualmente a sociedade capitalista.

Nessa sociedade, o setor saúde, como segmento produtivo inserido neste contexto do desenvolvimento (capitalista), vive os mesmos processos dos outros setores de produção, no modo de fazer saúde (entendido como os modos de elaborar políticas públicas, fazer gestão dos serviços e até ações técnicas de saúde).

O sistema de saúde deveria ser entendido como uma resposta social elaborada a partir das necessidades de uma dada população. Entretanto consideramos que esse setor ainda

não incorpora de maneira ideal, no seu modo de fazer saúde, as necessidades das populações as quais nos propusemos a estudar.

Defendemos uma concepção de política universal, que garanta a todos o direito à saúde, mas que considere as diferentes demandas das pessoas que possuem necessidades específicas referentes aos processos de saúde-doença e aos seus cuidados. A focalização das políticas sociais para grupos mais vulneráveis é defendida como forma de promover o acesso desses setores aos programas e aos serviços sociais. Entretanto é imperativo que as ações focais estejam integradas a uma política mais ampla que forneça suporte social, garanta direitos universais e que permita aos diferentes grupos sociais o desenvolvimento de suas capacidades (SENNÁ, 2002).

No contexto estudado, o município de São Carlos vem passando por movimentos de reorientação da assistência à saúde, voltados principalmente às ações previstas pela Política Nacional de Atenção Básica, estruturada a partir da Estratégia Saúde da Família. Segundo os gestores entrevistados, essas mudanças têm demonstrado um panorama de satisfação dos usuários de saúde e melhoria das condições de saúde geral da população, o que não observamos especificamente nas ações municipais de saúde junto às populações que enfocamos.

A pesquisa colocou em evidência que os gestores da saúde do município de São Carlos, no período estudado, foram contrários à focalização das políticas e orientaram toda a reestruturação da assistência à saúde, voltada para políticas generalistas, orientadas pelo paradigma da vigilância em saúde. Esse panorama, embora tenha produzido mudanças na saúde, não contemplou as necessidades específicas de algumas populações, como aquelas que nos propusemos a estudar.

Nossas reflexões foram embasadas no direito à saúde, assegurado pelo SUS para todos, e buscaram, a partir do enfoque no cuidado em saúde destinado às pessoas com deficiência e às pessoas com sofrimento mental, apresentar e problematizar o cuidado desenvolvido pela política municipal, frente às necessidades concretas daquelas pessoas.

Dessa maneira, os resultados obtidos, demonstraram que as políticas públicas municipais de saúde, formuladas pelos gestores municipais, enfocaram uma perspectiva generalista de assistência em saúde, o que infelizmente acabou por produzir invisibilidade e não assistência de algumas populações com necessidades específicas.

Colocando o foco nas ações recebidas por aquelas populações na rede de saúde em São Carlos, identificamos que a assistência foi construída no nível secundário e terciário e somente nos últimos anos iniciaram-se ações pontuais no nível da Atenção Básica em Saúde.

Tal fato também ocorreu em outros municípios brasileiros, pois, desde o início do SUS, o cuidado em saúde estava organizado estruturalmente em níveis hierárquicos de atenção (atenção primária, secundária e terciária) e as políticas inseriam os cuidados de reabilitação nos chamados níveis especializados.

Entretanto, segundo Mendes (2010), essa organização não possibilitava a integralidade das ações e produzia fragmentação da atenção. Desde 2010, por meio da Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro, surge a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com vistas a assegurar ao usuário do sistema de saúde o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade, eficiência e aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS.

Essa realidade das ações em rede foi idealizada em São Carlos, desde meados de 2006, antes mesmo da referida portaria, através da criação da Rede Escola de Cuidados à Saúde. No entanto, a pesquisa presente revelou que o foco sempre esteve na Atenção Básica em Saúde, devido às políticas indutoras do Ministério da Saúde, e não necessariamente na consolidação de uma Rede efetiva de Atenção à Saúde (RAS).

Na política apresentada em 2010, a Atenção Básica à Saúde (ABS) é considerada o centro de informação da RAS, intencionando ser o primeiro contato com o sistema de saúde, trazendo as ações para o ponto mais próximo possível dos lugares de vida das pessoas.

Dessa maneira, assume importância no atual contexto da saúde brasileira, mas em São Carlos, na tentativa de fortalecer esse cuidado, os demais pontos da rede não tiveram o mesmo destaque, o que não possibilitou uma atuação efetiva interligada. Contribuíram também para tal panorama, em especial na atenção às populações que enfocamos a falta de políticas públicas municipais específicas, a dificuldade de responsabilização da ABS através do cuidado longitudinal, encaminhando boa parte dessa clientela para as unidades de saúde especializadas, e a ausência efetiva de linhas de cuidado que poderiam contemplar as ações em rede.

A pesquisa nos levou a concluir que, para que as ações ocorram em rede, na perspectiva da saúde mental, em São Carlos, seria necessário que a ABS assumisse a coordenação do cuidado de fato, a partir do acompanhamento longitudinal e da coresponsabilização. Além da necessidade de incorporação da mesma lógica de cuidado dos serviços substitutivos (CAPS), ou seja, aquele cuidado voltado à inclusão social, no território, não baseado somente na ação médica e medicamentosa, mas voltado ao acolhimento das sensações e dos sentimentos decorrentes da vida e do sofrimento de cada pessoa.

Dessa maneira, compreendemos que todas as ações da RAS e, em específico, dentro dela na Rede de Atenção Psicossocial, todas as unidades de saúde, da ABS até a atenção especializada, devem ser orientadas segundo uma lógica comum de cuidado, estruturada para evitar a fragmentação das ações e voltada à ação integral em rede.

Com relação ao cuidado em saúde, destinado as pessoas com deficiência, no período estudado, seria inviável tal proposta, na medida em que identificamos total ausência de estrutura e serviços de saúde pública para atenção às demandas daquelas pessoas. Do mais, as ações demandadas por essa população são complexas demais para um modo simplificado de fazer saúde.

Encontramos um panorama na ABS que insere as ações de saúde ainda em um modelo biomédico, simplificador, que pretende dar respostas simples para demandas complexas que, muitas vezes, não solucionáveis sem parcerias intersetoriais. Na impossibilidade de encaminhamento para os serviços especializados, uma vez que o CEME sofreu um desmonte no setor de reabilitação e o município não conta com um centro de reabilitação, a maior parte dessas pessoas passou a ser invisível para o sistema de saúde, salvo aquelas que se beneficiaram com a assistência prestada pela APAE e pelos serviços ligados às universidades locais, como a USE da UFSCar e a clínica de fisioterapia da UNICEP.

Como nos propusemos a problematizar nosso estudo na ABS, uma vez que gostaríamos de focar também a crescente atuação do terapeuta ocupacional nesse âmbito, acreditamos que o cuidado em saúde nas unidades primárias de saúde deva possibilitar acesso para todas as pessoas (inclusive aquelas com deficiência, idosos, pessoas com sofrimento mental, entre outras) e exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abranja a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Neste contexto, evidencia-se a necessidade da incorporação de novos profissionais de saúde na ABS, entre eles, o terapeuta ocupacional, na busca por ações interdisciplinares e o mais próximo possível de ações integrais em saúde (LOPES, 1999).

Partilhamos da concepção de que o trabalho em saúde não deve se restringir a uma clínica tradicional protegida pela instituição e sim no território onde a vida acontece, o que se coaduna com os princípios formalmente estabelecidos pela ABS. Pauta-se a necessidade dos profissionais da saúde, inclusive os terapeutas ocupacionais, de sair ao encontro das pessoas, promoverem seu acesso aos serviços, realizar abordagens que sejam contextualizadas com sua realidade, história e cultura, criando novas formas de produção de saúde, possíveis de serem realizadas na ABS, o que inclui ações de reabilitação.

Ficou evidente em nossa pesquisa que os gestores e a maioria dos profissionais de saúde de São Carlos, inclusive alguns terapeutas ocupacionais, compreendem a ABS com enfoque apenas nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Esse debate não nos parece ser específico do terapeuta ocupacional, pois se insere no âmbito da ABS, que intenciona ser acolhedora, humanizada, voltada para a promoção e a proteção da saúde, à prevenção de agravos, para o diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos e à manutenção da saúde. Entretanto essa intenção, absolutamente grande, explícita nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, na prática torna-se difícil de ser operacionalizada.

Em específico, as terapeutas ocupacionais atuantes em São Carlos, em sua maioria na ABS, relataram um direcionamento dos gestores para atuação da profissão junto às pessoas com sofrimento mental nas unidades primárias de saúde. Entretanto, em nossas entrevistas identificamos ações pontuais da categoria, também com outras populações como idosos, pessoas com deficiência, crianças com dificuldades escolares e/ou de comportamento, pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, gestantes entre outros grupos.

Tal panorama, embora se aproxime do debate vigente nacionalmente, visto que encontramos ascendência das discussões na ABS com ações terapêutico-ocupacionais, realizadas para todas as populações; inova no âmbito da saúde mental, uma vez que em São Carlos as terapeutas ocupacionais passam a direcionar boa parte de suas ações para a assistência às pessoas com sofrimento mental na ABS e não apenas nos CAPS ou em outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Em nossa busca nos últimos CBTOs, por trabalhos que focassem a atuação específica do terapeuta ocupacional na ABS, junto às pessoas com sofrimento mental, não encontramos nenhum trabalho em específico, o que sinaliza a necessidade de publicações específicas para o fortalecimento da temática no interior da profissão. Encontramos trabalhos que faziam referência à atuação do profissional nos moldes da reabilitação psicossocial, envolvendo as unidades de saúde como o CAPS, ou ainda, em alguns casos específicos, as unidades de saúde da família ou os NASF. Mas nenhum relato específico das ações dos terapeutas ocupacionais na saúde mental no interior das UBS, como a profissão já conheceu no trabalho apresentado no fim da década de 1990 por MAXIMINO (1997).

Para as terapeutas ocupacionais em São Carlos, que começam a trilhar o caminho da inclusão de demandas das pessoas com sofrimento mental no cotidiano das UBS e USF, mesmo sem a inserção no NASF, o apoio matricial apareceu como um recurso desejado, porém ainda idealizado e realizado de maneira informal por essas profissionais. As estratégias

terapêuticas referidas dependem da demanda de cada território e são estas: participação em reuniões semanais junto às equipes, elaboração de manuais sobre as atividades na comunidade, participação nas campanhas da ABS, atividades de rastreamento para uso abusivo de álcool e outras drogas na comunidade, planejamento de atividades e festas para a integração da equipe e da comunidade, além de atendimentos individuais, atendimentos compartilhados com profissionais das equipes de referência e estratégias de ações em grupo.

Para subsidiar suas intervenções, as terapeutas ocupacionais utilizam, na composição do trabalho na ABS, referenciais da reabilitação psicossocial, do método da terapia ocupacional dinâmica, da saúde coletiva e da saúde da família. São referenciais que entendem a complexidade da vida e em sua maioria incorporam a inclusão social.

Identificamos a necessidade de formações específicas na área, inclusive para contribuir efetivamente na inclusão das demandas das populações que enfocamos para fortalecer esse debate na terapia ocupacional. É essencial que o profissional, terapeuta ocupacional na ABS, comprometa-se com os problemas e as necessidades concretas da população de cada território e com o papel social da sua atuação.

Nessa perspectiva, enfocamos a figura assumida pelas terapeutas ocupacionais de São Carlos no processo de formação dos futuros terapeutas ocupacionais, uma vez que essas, além da assistência, atuam como preceptoras dos alunos de graduação do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar, através de uma parceria da rede com a Universidade.

Como apontam os discursos dessas profissionais, essa atividade encontra-se em fase de estruturação e desperta contínuas reflexões, uma vez que o próprio trabalho do terapeuta ocupacional e do preceptor é recente na ABS.

Defronte ao cenário que apresentamos da ABS em São Carlos, apesar dos desafios que se colocam para o município diante de demandas das pessoas com deficiência e das pessoas com sofrimento mental, acreditamos que a inserção dos terapeutas ocupacionais tem contribuído para o reconhecimento e a inclusão das necessidades destas populações junto às equipes da ABS, assim como a função de preceptor tem importante impacto na formação dos estudantes, uma vez que o contato direto com o ensino e com os alunos possibilita reflexões a todo o momento.

Entendemos que o cuidado na ABS torna-se mais inclusivo, humanizado e acolhedor com a incorporação do terapeuta ocupacional, uma vez que esse profissional pode atuar em ações de promoção e prevenção de saúde, reabilitação, acolhimento, tratamento diante das necessidades e demandas singulares de pessoas não tradicionalmente cuidadas pela ABS. Como por exemplo: as pessoas com deficiência, as pessoas com sofrimento mental, as

pessoas com hanseníase, pessoas com tuberculose, pessoas em situação de rua, entre outras, que, como todos, necessitam de cuidados também na Atenção Básica em Saúde.

Em nossa prática, temos experimentado uma importante movimentação do terapeuta ocupacional para a inclusão e reconhecimento dessas demandas junto aos demais profissionais da equipe, e, também, na realização de ações conjuntas e articuladas no território, visando à melhoria das condições de vida e de saúde, como apresentamos nas histórias de Marilene, Tânia, Dafne e Maria Elza. Pois, ao se defrontar com a complexidade dessas demandas, outras ações de saúde são necessárias e o terapeuta ocupacional pode auxiliar os profissionais da ABS no reconhecimento dessas demandas.

Concordamos com Campos (2007) que, na prática, as múltiplas funções da ABS se entrelaçam e a integralidade e a efetividade do cuidado dependerão da possibilidade e da capacidade de cada equipe combinar modos de intervenção de cada campo em diálogo, na proporção exigida por cada caso.

Nessa perspectiva, acreditamos que essa pesquisa contribui para o debate específico sobre a crescente incorporação da terapia ocupacional no âmbito da Atenção Básica em Saúde e, de uma maneira geral, para a formação em saúde, pois retrata o cenário dos caminhos iniciais da Rede Escola de Cuidados à Saúde em São Carlos, que reflete, mesmo diante do discurso dos gestores, da atenção integral a todos, a não incorporação de demandas específicas de determinadas populações.

Por fim, no cenário colocado pela Política de Atenção Básica no Brasil, sua institucionalização convoca a construção de novos planos de cuidado em saúde e constantes reflexões teóricas para embasar as ações técnicas. Uma vez que, como nos diz Campos (1997), esse âmbito de atenção é extremamente complexo e requer em muitos momentos “super trabalhadores primários”. Assim, consideramos pertinente a continuidade de estudos na área, enfocando as políticas, os direcionamentos regionais e os processos de trabalho destinado às pessoas com deficiência e às pessoas com sofrimento mental e outras populações que não são tradicionalmente acolhidas pela ABS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C. **Saúde e Reabilitação de pessoas com deficiência: políticas e modelos assistenciais**. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ALMEIDA, M. C.; OLIVER, F. C. Abordagens Comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a Terapia Ocupacional. In: CARLO, M. M. R. P. de; BARTALOTTI, C. C. (Org.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. 1º ed. São Paulo: Plexus, 2001, p. 81-98.

ALMEIDA, M.C.; TISSI, M.C.; OLIVER, F.C. Deficiências e atenção primária em saúde: do conhecimento à invenção. **Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**, v. 11, n. 1, p. 33-42, 2000.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 117.

AMARANTE, P. Saúde Mental, Territórios e Fronteiras. In: _____, **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 15-20.

AMARANTE, P. Uma instituição para loucos, doentes e sãos. In: _____, **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 21-36.

AMARANTE, P. Caminhos e tendências das Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Brasil. In: _____, **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 81-98.

ANDRADE, L.O.M. **SUS Passo a Passo. Normas, Gestão e Financiamentos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, p. 279.

ANDRADE, L.O.M. A situação do financiamento à luz das normas operacionais. In: _____, **SUS Passo a Passo. Normas, Gestão e Financiamentos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, p. 33 a 76.

ARRUDA, A.E.; MOREIRA, P.T. PET-SAÚDE uma estratégia de articulação entre a TO e os serviços de atenção primária à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11, 2009, Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

BARROS, D.D.; GHIRARDI, M.G.; LOPES, R.L. Terapia Ocupacional e sociedade. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 10, n. 2, p. 69-74, 1999.

BARROS, D. D.; GALHEIGO, S. M.; LOPES, R. E. Terapia Ocupacional Social: concepções e perspectivas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 347-353.

BASAGLIA, F.; ONGARO BASAGLIA, F.; CASAGRANDE, D. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p.11-40.

BEAKLINI, M.J.T. **A Proteção Social na Reestruturação da Assistência em Saúde Mental: o Programa de Bolsa-Auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ)**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

BEIRÃO, R.O.S.; ALVES, C. K. A. Terapia Ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 3, p. 231-246, 2010.

BIANCHI, P.C. **Terapia Ocupacional e Ação Técnica em Contextos de Vulnerabilidade Social: Distinções e Proximidades entre o Campo Social e a Área de Atenção Básica em Saúde**. Universidade Federal de São Carlos: Departamento de Terapia Ocupacional. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Terapia Ocupacional.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares para cursos de graduação em Terapia Ocupacional**. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/TerOcupa.pdf>. 2002. Acesso em 20jan2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS. Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990, 10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 de abril de 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Saúde Mental e atenção básica- o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. 2.ed.Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dezembro de 2010. Seção 1, p.89.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Pactos pela Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 07mai2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização**. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 02mai2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de outubro de 2011b. Seção 1, p.48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de dezembro de 2011c. Seção 1, p.230.

BRITO, J.S. Terapia Ocupacional, uma prática possível para a atenção básica em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11. 2009. Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

CALDEIRA, V.A. **Prática de Terapia Ocupacional em unidade básica de saúde na atenção às pessoas com deficiência**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CALDEIRA, V.A.; OLIVER, F.C. Prática de terapia ocupacional na atenção básica em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11. 2009. Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 113-24.

CAMPOS, G.W.S. O papel da rede básica de saúde na formação médica. **Cadernos da ABEM**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 3, n. 1, p. 6-10, 2007.

CARRASCO, B. G. **A atuação do agente comunitário de saúde frente às necessidades de saúde das pessoas com deficiência e das pessoas com transtornos mentais, no contexto da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família do município de Ibaté, SP**. Universidade Federal de São Carlos: Departamento de Medicina, 2007. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família.

CARRASCO BASSI, B.G.; MALFITANO, A.P.S. Políticas Públicas, Terapia Ocupacional e Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Assistência às Pessoas com deficiência e Sofrimento mental no município de São Carlos, SP. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 12. 2011. São Paulo, SP. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo, 2011. CD.

CARNEIRO Jr, N; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 06, p. 1827-1835, 2003.

CARVALHO, S. R. Reflexões sobre o tema da cidadania e produção de subjetividade no SUS. In: CARVALHO, S.R.; BARROS, M.E; FERIGATO, S.(org.). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Editora Hucitec. Saúde em Debate, n. 198, 2009, p.23-41.

CASTEL, R. Da Indigência à Exclusão, a desfiliação- precaridade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura 4**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 21-48.

CASTEL, R. A discriminação negativa. Cidadãos ou autóctones? Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 135.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009, p. 611.

CASTRO, A.L.B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CECILIO, L.C.de O. As necessidades de saúde como conceito como estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006, p. 115-128.

COIMBRA, V.C.C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: Conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 6.1999. Águas de Lindóia, SP. **Anais do Congresso**. São Paulo: Associação Paulista de Terapeutas Ocupacionais, 91 p., 1999.

CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7. 2001. Porto Alegre, RS. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Rio Grande do Sul, 208 p., 2001.

CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 8. 2003. Foz do Iguaçu, PR. **Anais do Congresso**. Associação Paranaense de Terapeutas Ocupacionais, 17 p., 2003.

CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 9. 2005. Recife, PE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco, 2005. CD.

CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 10. 2007. Goiânia, GO. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Goiás, 2007. CD.

CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11. 2009. Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 12. 2011. São Paulo, SP. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo, 2011. CD.

CORTES, S.M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 18-49, 2002.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G. W.S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DEBASTIANI, C. **Um lugar ao sol: encontros da saúde mental e atenção básica em saúde**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social. Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas. São Paulo: Editora Autores Associados, 1996. p.156.

DOBIES, D. V.; FIORONI, L. N. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo173pdf>>. Acesso em: 20/01/2011. Pré-publicação. 2010.

DUARTE, G.P.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R. A vida cotidiana e a qualidade de vida de pacientes atendidos na atenção primária de saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 19-33, 2010.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

FERREIRA, T.G. **Pessoas com deficiência: condições de convivência e possibilidade de atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico narrativo sobre apoio matricial na Rede SUS- Campinas (SP)**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1989, p. 69-90.

GOMES, M. C. P.A e PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 287-301, 2005.

GOMES, R; NASCIMENTO, E; ARAÚJO, F.C. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOTTEMS, L. B.D; PIRES, M.R.G.M. Para além da atenção básica: Reorganização do SUS por meio da intersecção do setor político com o econômico. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009.

GUIMARÃES, R. B. Política nacional de saúde, concepções de territórios e o lugar da vigilância em saúde ambiental. **Hygeia** v. 4, n. 7, p 90-99,2008.

HO, D. C.; OLIVER, F. C. Terapia Ocupacional e saúde da pessoa com deficiência na Secretaria Municipal de Saúde: uma discussão sobre dez anos de sua incorporação. **Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 114-123, 2005.

HOLANDA, M.S.S.; MENEZES, K. Olhar interdisciplinar na visita domiciliar as pessoas com esquizofrenia: uma experiência da TO na ESF no município Sobral/CE.In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11. 2009. Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

JARDIM, T.A. de; AFONSO, V. C; PIRES, I.C. A terapia ocupacional na estratégia de saúde da família- evidências de um estudo de caso no município de São Carlos. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 167-175, 2008.

KING, D.S. O Estado e as estruturas sociais de Bem-Estar em democracias industriais avançadas. **Novos Estudos**. CEBRAP, v. 22, 1988, p. 53-76.

KRUGER, T.R.; LEMKE, A.P.; NARDINO, D. et al. As proposições das Conferências Municipais de Saúde e os Planos Municipais de Saúde: um estudo em municípios de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 508-521, 2011.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOPES, R. E. **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 (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

LOPES, R. E. Políticas de Saúde no Brasil: construções, contradições e avanços. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 12, n-13, p. 23-33, 2001.

LOPES, R.E; ADORNO, R. de C.F.; MALFITANO, A.P.S. et al. Juventude pobre, violência e cidadania. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 63-76, 2008.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A.P.S ; OLIVER, F. C; SFAIR, S.C; MEDEIROS, T. J. Pesquisa em terapia ocupacional: apontamentos acerca dos caminhos acadêmicos no cenário nacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 207-214, 2010.

LOPES, R.E.; MALFITANO, A.P.S.; PALMA, A. Agentes Comunitários de saúde e as demandas de saúde mental e de pessoas portadoras de deficiência no território. CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 9. 2005. Recife, PE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco, 2005. CD.

LOPES, R.E; SOUZA, R.G.; PALMA, A.M. Educação em saúde - Ampliando o conhecimento e atuação dos agentes comunitários de saúde no contexto da saúde mental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 9. 2005. Recife, PE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco, 2005. CD.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. In: **Cadernos IPUB**. v. XIII, n.24. 2007. p.57-66.

MACHADO, C.V; VIANA, A.L.d'A. Descentralização e coordenação federativa no Brasil. In: VIANA, A. L. d'A.; IBANEZ, N. e ELIAS, P.E.M. (org). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Editora Hucitec. Saúde em debate. 2009. p. 21-60.

MACHADO, M.L.T. **História da saúde em São Carlos**. São Carlos: EdUFSCar. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007. P.

MAGALHÃES, D.F. de; OLIVEIRA, C.M.A. Atenção básica de saúde e as perspectivas político profissionais da terapia ocupacional. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 32, n. 1, p. 72-80, 2008.

MALFITANO, A. P.S; LOPES, R.E. Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários: Demandas para além da saúde básica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 110-117. 2003.

MALFITANO, A.P.S. Campos e Núcleos de Intervenção na Terapia Ocupacional Social. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2005.

MALFITANO, A. P. S. **Atrás da porta que se abre: Demandas sociais e o Programa de Saúde da Família**. Holambra, SP: Editora Setembro, 2007.

MALFITANO, A. P. S. **A Tessitura da rede: entre pontos e espaços. Políticas e Programas Sociais de atenção à juventude- a situação de rua em Campinas.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 22-30, 2005.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 115-122, 2006.

MARSIGLIA, R.M.G. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v. 20 n. 4, p. 900-911, 2011.

MARQUE, C.B.; BARROS, A.C.B; BAIRLE, T.P. Programa de saúde da família: uma nova possibilidade à terapia ocupacional? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11. 2009. Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

MARTINS, A.L. A psiquiatrização da vida na sociedade de controle. In: CARVALHO, S.R.; BARROS, M.E; FERIGATO, S.(org.). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Editora Hucitec. Saúde em Debate, n. 198, 2009. p. 119-140.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MATSUKURA, T.S; CARVALHO,V. Identificando práticas de terapeutas ocupacionais inseridos no contexto da atenção básica em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 12. 2011. São Paulo, SP. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo, 2011. CD.

MAXIMINO, V. S. **A constituição de grupos de atividade com pacientes psicóticos.** Tese (Doutorado em Saúde Mental). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

MELLO, G.A; IBAÑEZ, N; VIANA, A.L.Á. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 853-866, 2011.

MENDES, E.V. Redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997, p. 197-228.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou favor? **Saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira Educação Medica**. [online]. v. 35, n. 3, p. 303-310. 2011.

MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional: História Crítica e Abordagem Territorial e Comunitária. **Vita et Sanitas**, Trindade, v. 2, n. 2, p. 79-91, 2008.

MOTA, A; SCHRAIBER, L.B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 837-852, 2011.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W.S.C. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, 2005.

NUNES, E.F. S. Novas perspectivas no cotidiano do TO na rede básica de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11. 2009. Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

OLIVER, F. C; AOKI, M; TISSI, M. C. Reabilitação Baseada na Comunidade- Discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 6. 1999. Águas de Lindóia, SP. **Anais do Congresso**. São Paulo: Associação Paulista de Terapeutas Ocupacionais, 91 p., 1999.

OLIVER, F. C., BARROS, D. D., LOPES, R. E. Estudo sobre a incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa com deficiência no Município de São Paulo entre 1989 e 1993. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 31-39, 2005.

OLIVER, F. C.; AOKI, M.; NICOLAU, S. M. Reabilitação baseada na comunidade e terapia ocupacional: desafios para a construção de um campo de conhecimento e de atenção. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 10. 2007. Goiânia, GO. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Goiás, 2007. CD.

OLIVER F.C.; NICOLAU, S.M.; TISSI, M.C. Práticas territoriais, terapia ocupacional e pessoas com deficiência: Construindo um campo de intervenção. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 9. 2005. Recife, PE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco, 2005. CD.

OLIVEIRA, G. N. de. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.de S; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 273-278.

PEREIRA, J.C. de M. **A explicação sociológica na medicina social**. São Paulo: Editora UNESP, 2005, p. 277.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006, p. 67-114.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A.G. **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010, p. 17-38.

PINHO, P. A.; ALMEIDA, R. Z. Atuação do Terapeuta Ocupacional no Contexto NASF: Um olhar para a Atenção Básica em Saúde. CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 12. 2011. São Paulo, SP. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo, 2011. CD.

PINTO, J. de M. **As Correntes Metodológicas em Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo (1970-1985)**. Dissertação (Mestrado em Educação). Departamento de Educação. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1990.

RIBAS, J.B.C. **O que são pessoas deficientes**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Editora Brasiliense. 1985, p. 104.

RIGHI, L.B. Redes de saúde: Uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização-Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.60-74.

ROCHA, E.F. **Reabilitação de pessoa com deficiência: a intervenção em discussão**. São Paulo: Roca, 2006. p.320.

ROCHA, E.P.; SHIMIZO, P.N. Implantação do Estágio de Atuação em T.O no programa Qualis/PSF do município de São Paulo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7. 2001. Porto Alegre, RS. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Rio Grande do Sul, 208 p., 2001.

ROCHA, E.F.; PAULA, A. R. de; KRETZER, M. R. O estudo de prevalência de deficiências e incapacidades como instrumento de planejamento das atividades de atenção à saúde e reabilitação no Programa Saúde da Família. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2004.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M. R. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2009.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 36-44, 2011.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática e Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. Editorial. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SALES, I. C. B. A importância das equipes de retaguarda em saúde mental como instrumento facilitador da articulação de redes e suporte ao PSF para a (re) inclusão do ex-usuário de CAPS na sua comunidade. CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 9. 2005. Recife, PE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco, 2005. CD.

SAMPAIO, R.C; GODINHO, K. A Terapia Ocupacional constrói sua prática dentro dos NASFs de Feira de Santana. CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11. 2009. Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

SANTANA, M.C.M; BITTENC, A.M.; ALMEIDA, J. Reflexão acerca da portaria 145/2008 que cria os Nasf. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11. 2009. Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. de. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S.F.da(Org). **Rede de atenção de saúde no SUS: Pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008, p. 35-65 .

SANTOS, W. R. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 501-519, 2008.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final da 02º Conferência Municipal de Saúde**. 14 a 16 junho, 2002.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final da 03º Conferência Municipal de Saúde**. 24 a 26 maio, 2007.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. São Carlos, 2007.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final da 04º Conferência Municipal de Saúde**. 26 a 28 novembro, 2009.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. São Carlos, 2009.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final da 05º Conferência Municipal de Saúde**. 08 a 09 julho, São Carlos. 2011.

SENNA, M.C.M. Equidade e Políticas de Saúde: Algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1 p. 203-211, 2002.

SERAPIONE, M. Métodos quantitativos e qualitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5 ,n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, S.F. da; MAGALHÃES JR, H.M. Redes de atenção à saúde: importâncias e conceitos. In: SILVA, S.F.da(Org). **Rede de atenção de saúde no SUS: Pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008, p. 69-86.

SILVA, J. A.. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SOARES, L.B.T.; OLIVEIRA, M.S. O desafio de ser preceptora/facilitadora de terapia ocupacional em aprendizagem significativa: A experiência de formação na residência multiprofissional em saúde da família e comunidade pela UFSCar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 10. 2007. Goiânia, GO. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Goiás, 2007. CD.

SOUZA, C.C.B.X.; ROCHA, E.F. Pensando a terapia ocupacional nos NASFs: a questão do apoio matricial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 11. 2009. Fortaleza, CE. **Anais do Congresso**. Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009. CD.

SOUZA, C.C.B.X.; ROCHA, E.F. Portas abertas ou portas fechadas? Acesso à reabilitação nas unidades básicas saúde da região sudeste do município de São Paulo- período de 2000 a 2006. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 230-239, 2010.

SOUZA, E.C.F. de; VILAR, R.L.A. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde. **Cadernos Saúde Pública**. Rio Janeiro, v. 24, n. 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, J. M. de; CARNEIRO, R. Universalismo e focalização na política de atenção a pessoa com deficiência. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 69-84, 2007.

SOUZA, M.F. de. O Programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 2 , p. 153-8, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 726.

TRIVINÕS, A.N.S. Marxismo, materialismo dialético e materialismo histórico. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009, p. 49-75.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Coordenação do Curso de Bacharel em Terapia Ocupacional. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional**. São Carlos: UFSCar, 2007.

VAITSMAN, J. Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 37-46, 2002.

VIANA, A. L. d'A.; IBANEZ, N. e ELIAS, P.E.M. (org). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Editora Hucitec. Saúde em debate. n. 194. 2009, p. 9-307.

ANEXOS

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br
<http://www.propq.ufscar.br>

Parecer Nº. 044/2011

Título do projeto: REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE E TERAPIA OCUPACIONAL: CAMINHOS DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM SÃO CARLOS, SP.

Área de conhecimento: 4.00 - Ciências da Saúde / 4.08 - Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Pesquisador Responsável: BIANCA G. DE CARRASCO BASSI

Orientador: Ana Paula Serrata Malfitano

CAAE: 5199.0.000.135-10

Processo número: 23112.004070/2010-68 **Grupo:** III

Conclusão

As pendências apontadas no Parecer nº. 501/2010 foram satisfatoriamente resolvidas. **Projeto aprovado.** Atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta data e ao término do estudo.

São Carlos, 11 de janeiro de 2011.


Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCar

ANEXO B- TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para Usuários de saúde- Pessoas com deficiência e Pessoas com Sofrimento Mental

O senhor (a) está sendo **convidado para participar** da pesquisa *Redes de Atenção em Saúde e Terapia Ocupacional: Assistência às Pessoas com Deficiência e às Pessoas com Transtorno Mental em São Carlos, SP*. Esta pesquisa tem por **finalidade** conhecer, analisar e discutir as políticas, ações e redes de atenção em saúde destinadas às pessoas com deficiência e pessoas com transtorno mental no contexto do município de São Carlos. **Você pode ou não querer participar da pesquisa**, caso aceite, responderá a uma entrevista, sobre quais são suas demandas de saúde, assim como também sobre seu tratamento na cidade de São Carlos. Essa entrevista será gravada e depois transcrita e acontecerá quando combinarmos, de acordo com a sua disponibilidade. No caso de haver algum problema com o senhor (a) durante a pesquisa, a entrevista será suspensa imediatamente e a pesquisadora se responsabilizará em acompanhá-lo (a) até sua unidade de saúde de referência, e, se necessário, permanecer junto ao senhor(a) até que o problema seja solucionado. Neste caso não será mais participante da pesquisa. **Essa pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, me chamo Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi, sou a pesquisadora e tenho a orientação da Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos que **não mencionaremos seu nome**. **A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento**, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefones e o endereço eletrônico do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi
Telefone: 91722678
Laboratório METUIA UFSCar: 3351-8640
E-mail:biacarrasco@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, -----de-----de 2011.

Assinatura do sujeito da pesquisa (*)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Para Profissionais da saúde

O senhor(a) está sendo **convidado para participar** da pesquisa *Redes de Atenção em Saúde e Terapia Ocupacional: Assistência às Pessoas com Deficiência e às Pessoas com Transtorno Mental em São Carlos, SP*. Esta pesquisa tem por **finalidade** conhecer, analisar e discutir as políticas, ações e redes de atenção em saúde destinadas às pessoas com deficiência e pessoas com transtorno mental no contexto do município de São Carlos.

São **objetivos** deste estudo: 1-Identificar e problematizar a assistência oferecida no município à população alvo desta pesquisa, no contexto da atenção básica e das redes assistenciais em saúde. 2-Conhecer e discutir as políticas públicas municipais e ações previstas/voltadas às pessoas com deficiência e pessoas com transtorno mental no âmbito da assistência à saúde, sob a perspectiva dos documentos oficiais e discursos dos gestores. 3-Apreender através das perspectivas dos profissionais de saúde da equipe matricial atuante na atenção básica, ações destinadas às pessoas com deficiência e transtorno mental. 4-Reconhecer e discutir a inserção do terapeuta ocupacional na atenção básica em saúde deste município, assim como problematizar as atuações dessa categoria no âmbito da atenção básica em saúde e da atenção especializada na perspectiva de articulação do cuidado nas redes assistenciais. 5-Buscar aproximação da perspectiva dos usuários com deficiência e daqueles com transtorno mental, sobre os serviços que acessam para assistência em saúde.

Sua participação nesta pesquisa é opcional e consistirá, caso aceite, em responder a entrevista, a partir do roteiro proposto pela pesquisadora, previamente enviado. A entrevista será gravada, transcrita e em hora e local previamente agendado. De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve risco ao participante, porém, estarei tomando as medidas cabíveis para prevenir e minimizar qualquer risco que o senhor (a) possa sofrer durante a entrevista, garantindo sua integridade física, psíquica e moral. Se mesmo assim o senhor (a) apresentar qualquer problema durante a entrevista, estou disponível para orientá-lo e ajudá-lo. Neste caso, se desejar, não será mais participante da pesquisa.

Essa pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, me chamo Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi, sou a pesquisadora e tenho a orientação da Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano. **As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.** Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. **A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento**, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefones e o endereço eletrônico do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi
Telefone: 91722678
Laboratório METUIA UFSCar: 3351-8640
E-mail:biacarrasco@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, -----de-----de 2011.

Assinatura do sujeito da pesquisa (*)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Para Gestores Municipais de Saúde

Você está sendo **convidado para participar** da pesquisa *Redes de Atenção em Saúde e Terapia Ocupacional: Assistência às Pessoas com Deficiência e às Pessoas com Transtorno Mental em São Carlos, SP*. Esta pesquisa tem por **finalidade** conhecer, analisar e discutir as políticas, ações e redes de atenção em saúde destinadas às pessoas com deficiência e pessoas com transtorno mental no contexto do município de São Carlos.

São **objetivos** deste estudo: 1-Identificar e problematizar a assistência oferecida no município à população alvo desta pesquisa, no contexto da atenção básica e das redes assistenciais em saúde. 2-Conhecer e discutir as políticas públicas municipais e ações previstas/voltadas às pessoas com deficiência e pessoas com transtorno mental no âmbito da assistência à saúde, sob a perspectiva dos documentos oficiais e discursos dos gestores. 3-Apreender através das perspectivas dos profissionais de saúde da equipe matricial atuante na atenção básica, ações destinadas às pessoas com deficiência e transtorno mental. 4-Reconhecer e discutir a inserção do terapeuta ocupacional na atenção básica em saúde deste município, assim como problematizar as atuações dessa categoria no âmbito da atenção básica em saúde e da atenção especializada na perspectiva de articulação do cuidado nas redes assistenciais. 5-Buscar aproximação da perspectiva dos usuários com deficiência e daqueles com transtorno mental, sobre os serviços que acessam para assistência em saúde.

Sua participação nesta pesquisa é opcional e consistirá, caso aceite, em responder a entrevista, a partir do roteiro proposto pela pesquisadora, previamente enviado. A entrevista será gravada, transcrita e em hora e local previamente agendado. De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve risco ao participante, porém, estarei tomando as medidas cabíveis para prevenir e minimizar qualquer risco que o senhor (a) possa sofrer durante a entrevista, garantindo sua integridade física, psíquica e moral. Se mesmo assim o senhor (a) apresentar qualquer problema durante a entrevista, estou disponível para orientá-lo e ajudá-lo. Neste caso, se desejar, não será mais participante da pesquisa.

Essa pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, me chamo Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi, sou a pesquisadora e tenho a orientação da Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano. **As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.** Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. **A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento**, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefones e o endereço eletrônico do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi
 Telefone: 91722678
 Laboratório METUIA UFSCar: 3351-8640
 E-mail:biacarrasco@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, -----de-----de 2011.

 Assinatura do sujeito da pesquisa (*)

ANEXO C- ROTEIROS DE ENTREVISTA

1- Roteiro de Entrevista para Gestores

Nome:

Profissão:

Cargo:

Ano de formação universitária:

Tempo de trabalho no SUS:

Tempo de trabalho na gestão?

- 1- Como você compõem o seu trabalho de gestor? Quais são as diretrizes norteadoras seu trabalho?
- 2- Apresente o Departamento ou Secretaria a qual o senhor (a) esta vinculado (a).
- 3- Quais as propostas e ações da gestão especificamente para pessoas com deficiência?
- 4- Quais as propostas e ações da gestão especificamente para as pessoas com sofrimento mental?
- 5- Quais as perspectivas da gestão para o cuidado as pessoas com deficiência e para pessoas com sofrimento mental na atenção básica em saúde?
- 6- Como o senhor (a) avalia o direcionamento das políticas públicas, entre elas a Política Nacional de Atenção Básica e ações voltadas às populações em estudo?
- 7- Comentários que julgar importante.

Obrigada pela colaboração!!

2- Roteiro de Entrevista para Profissional da Saúde

Nome:

Profissão:

Cargo:

Ano de formação universitária:

Tempo de trabalho no SUS:

- 1- Desde quando trabalha na atenção primária?
- 2- Você realiza atividades de apoio matricial?
- 3- Se sim quais as atividades? Quais facilidades e dificuldades você encontra nessa proposta?
- 4- Como você descreveria as características dos usuários em atendimento?
- 5- Você acompanha pessoas com deficiência ou pessoas com transtorno mental?
- 6- Se sim, quais as propostas e ações destinadas às pessoas com deficiência e as pessoas com transtorno mental?
- 7- O que você entende por redes de atenção em saúde?
- 8- Na atenção básica, na sua perspectiva, como ocorre os diálogos com a atenção especializada (USE, CEME, CAPS etc) no seu dia-dia de trabalho?
- 9- Em sua opinião, o que poderia ser oferecido as pessoas com deficiência e as pessoas com transtorno mental na atenção básica?
- 10- Em sua opinião, quais as perspectivas em relação à assistência em saúde das pessoas com deficiência e das pessoas com transtorno mental em São Carlos? O que poderia melhorar?
- 11- Para você o que poderia ser oferecido para melhor estruturar seu trabalho na atenção básica?

Obrigada pela colaboração!!

3- Roteiro Entrevista para Profissionais da Saúde - Terapeutas Ocupacionais

Nome

Ano de formação universitária

Qual contato com a atenção básica em saúde na graduação?

Tempo de trabalho no SUS.

Desde quando ocupa o cargo em questão?

1-Como descreveria o perfil das pessoas atendidas por você, considerando necessidades, contexto sociocultural e condições de vida?

2-Como é seu cotidiano de trabalho na atenção básica em saúde?

3-Você faz matriciamento? Qual o conceito de matriciamento que utiliza para composição do seu trabalho?

3-Quais facilidades e dificuldades você encontra nessa proposta de estruturar seu trabalho no apoio matricial?

5- No cotidiano do seu trabalho, quais são as propostas e as ações destinadas às pessoas com deficiência e às pessoas com sofrimento mental?

6-O que você entende por redes de atenção em saúde? Suas ações profissionais se articulam nessa perspectiva

7-Como você avalia a chegada da profissão na atenção básica em saúde? Quais referenciais teóricos você utiliza para estruturar seu trabalho?

8-O que você considera ser a especificidade da terapia ocupacional na atenção básica em saúde?

9-Quais as perspectivas da profissão nesse campo de atuação?

10-Neste município, o terapeuta ocupacional na atenção básica em saúde também mantém vinculação com o ensino através da preceptoria, como você entende e desenvolve essa função?

11-Outras informações relevantes.

Obrigada!

4- Roteiro Entrevista para usuários (pessoas com deficiência e pessoas com sofrimento mental)

Nome

Idade

Escolaridade

Situação de Trabalho

- 1- O que poderia contar sobre sua história de vida?
- 2- Como está atualmente sua saúde?
- 3- Qual local procura para cuidar da saúde? Como é atendido (a)? O que poderia melhorar?
- 4- Quais necessidades os serviços de saúde não conseguem te ajudar?
- 5- Como é seu dia a dia?

Obrigada!

ANEXO D- Documentos oficiais**Problemas e Metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde (2010-2013)**

Eixo	Problemas	Metas
Gestão do SUS	Fragilidade no cuidado integral aos usuários do SUS em recuperação e reabilitação	Consolidação da rede de cuidado em recuperação e reabilitação
Gestão do SUS	Modelo de Atenção prevalente centrado no profissional médico e em procedimentos privilegiando a tecnologia dura	Mudança para o modelo de atenção à saúde usuário centrado
Gestão do SUS	Desarticulação intersectorial nos territórios de Saúde	Estabelecer mecanismos de articulação entre os diversos segmentos em cada território
Gestão do SUS	Ações de detecção e tratamento de Tuberculose centralizadas no CEME	Atendimento integral em Tuberculose nas Unidades de Saúde, de forma articulada
Gestão do SUS	As ações de detecção e tratamento de Hanseníase estão centralizadas no CEME	Atendimento integral em Hanseníase nas Unidades de Saúde
Gestão do SUS	Alta porcentagem de óbitos sem determinação de causas	Reduzir o percentual de óbitos sem causas determinadas
Gestão do SUS	Rede de cuidado com necessidade de expansão e de aprimoramento da gestão	Ampliar e qualificar as Equipes de Saúde da Família
Gestão do SUS	Elevado índice de morbimortalidade por doenças crônicas	Reduzir as internações por complicações por diabetes mellitus e hipertensão arterial
Gestão do SUS	Inexistência de Ações efetivas de Saúde Mental	Atender as necessidades das pessoas com sofrimento mental – agudos e crônicos
Gestão do SUS	Inexistência de uma linha de cuidados para o adulto idoso	Promoção do envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida
Gestão do SUS	Inexistência de ações de prevenção de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais junto às empresas do município	Realizar ações de saúde do trabalhador no município de forma articulada em todos os níveis de do SUS, garantindo a integralidade da atenção
Gestão do SUS	Inexistência do Programa de Manutenção Preventiva e Corretiva na SMS	Reduzir a descontinuidade dos serviços
Gestão do SUS	Inexistência do Programa Controle de Aquisição e Manutenção de Bens e Serviços	Reduzir a descontinuidade dos serviços
Gestão do SUS	Inexistência de gestão de informação para a SMS	Produzir informações gerenciais para a tomada de decisão em saúde
Gestão do SUS	Inexistência de Programa efetivo de Prevenção ao Tabagismo	Capacitar 100% das equipes para o atendimento integral na rede para prevenção e atendimento ao Tabagismo
Gestão do SUS	Baixa adesão ao Programa de Atividade Física implantado na Rede de Cuidados	Ampliar os espaços de Atividade Física no município
Gestão do SUS	Inexistência Programa de Planejamento Familiar no município	Disponibilizar o Programa de Planejamento Familiar na rede de cuidados
Gestão do SUS	Baixa Cobertura das Ações de promoção e de prevenção em Saúde Bucal	Diminuir os índices de prevalência de cárie e da doença periodontal no município 10%

Eixo	Problemas	Metas
Gestão do SUS	Fragilidades da Atenção integral nas Ações de Saúde Bucal	Diminuir a demanda reprimida por procedimentos especializados e de próteses dentárias. Garantir atendimento odontológico em ambiente hospitalar
Gestão do SUS	Estrutura insuficiente para cumprimento das atribuições de Vigilância Sanitária	Dotar o Órgão da estrutura física, computacional e profissional para desenvolvimento das ações
Regulação do SUS	Fragilidade nos mecanismos de Avaliação e Controle	Realizar Avaliações dos serviços próprios e contratados
Regulação do SUS	Fragilidade de cultura avaliativa nas diversas atividades desenvolvidas da gestão e da assistência	Avaliação semestral dos dados epidemiológicos estatísticos e de gestão
Regulação do SUS	Deficiência no Sistema de Regulação do Cuidado à saúde	Monitorar a PPI e os indicadores de saúde
Regulação do SUS	Fragilidade na utilização de protocolos	Garantir 100% de utilização dos protocolos pactuados
Regulação do SUS	Ausência de Regulação dos leitos hospitalares	Implementação do módulo de Regulação de leitos hospitalares do SISREG
Regulação do SUS	Inexistência de Equipe de Auditoria multidisciplinar	Trabalhar em equipe interdisciplinar
Educação em saúde	Processos de capacitação com baixo impacto e com ênfase na Educação Continuada na Rede de Cuidados	Instituir a Educação Permanente na Rede de Cuidados
Participação e Controle social	Participação e Controle Social pouco efetivo	Implantar Conselhos Gestores 100% das Unidades de Saúde; realizar 02 Conferências Municipais de Saúde
Ciência e Tecnologia	Baixa Utilização do potencial existente no município na área de Ciência e Tecnologia em Saúde	Consolidar a Implantação do CITESC – Centro de Ciência e Tecnologia em Saúde de São Carlos

Fonte: Plano Municipal de Saúde (2010-2013).