

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ADRIANA DIAS MORAES
ADRIANA SOUSA MARTINS

A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL FRENTE À PESSOA
PORTADORA DE DEFICIÊNCIA E SUA INTERFACE COM A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

São Luís

2007

ADRIANA DIAS MORAES
ADRIANA SOUSA MARTINS

**A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL FRENTE À PESSOA
PORTADORA DE DEFICIÊNCIA E SUA INTERFACE COM A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica E. Alves Gama

São Luís

2007

ADRIANA DIAS MORAES
ADRIANA SOUSA MARTINS

**A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL FRENTE À PESSOA
PORTADORA DE DEFICIÊNCIA E SUA INTERFACE COM A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutorado em Medicina
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Sueli Rosina Tonial
Doutorado em Saúde Pública
FIOCRUZ

A Deus, nossa fonte de vida, a quem devemos a nossa existência e que é presença constante em nossa caminhada.

Aos nossos pais Maria do Carmo Sousa Martins e Lourival de Sousa Martins; Antônia Francisca Dias e Francisco das Chagas Moraes, os grandes incentivadores e os verdadeiros responsáveis por essa conquista, pelo amor, ensinamento e dedicação.

Aos nossos irmãos pelo carinho e apoio demonstrados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelos momentos de presença constante em nossas vidas, iluminando todos os caminhos trilhados.

A Dr^a. Mônica Gama, nossa orientadora, que muito nos ajudou na conclusão deste trabalho.

Aos Professores pela dedicação e conhecimento dedicados durante o período de construção desse estudo.

E com muito carinho aos nossos familiares, amigos e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esta conquista fosse alcançada.

“Somos diferentes, mas não queremos ser transformados em desiguais. As nossas vidas só precisam ser acrescidas de recursos especiais”.

*Peça de teatro
VOZES DA
CONSCIENCIA,
BH.*

RESUMO

A partir da ampla revisão de literatura referente à Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Princípios, Diretrizes da Estratégia Saúde da Família e campo de atuação do Terapeuta Ocupacional, pode-se estudar as interfaces entre esses três campos de conhecimento e observar a correlação entre os mesmos e sua ampla relevância. Nesse estudo bibliográfico faz-se a proposição de fluxograma de atendimento a pessoa portadora de deficiência considerando as especificidades do terapeuta ocupacional, os princípios da estratégia saúde da família e as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

Palavras-chave: Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Princípios e Diretrizes da Estratégia Saúde da Família. Campo de Atuação do Terapeuta Ocupacional.

ABSTRACT

Aspartic of the ample revision of referring literature referent the National Political of deficiency, Principles and lines of direction of the strategy reall of the Occupational Therapist, it can studied the these three fields of knowledge and it was observed the correlation between same and its ample relevance. In this bibliographical study the carrying person of deficiency makes if the proposal of attendance flowchart considering the esepificidades of the occupational therapist, the principles of the strategy health of the family and the lines of direction of to the National Politics of Health of the Carrying Person of Deficiency.

Keywords: National Politics of the carrying person of Deficiency. Principles and lines of direction of the Stratege health of the Family. Field of performance of the Occupational Therapist.

LISTA DE SIGLAS

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AIDS	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AOTA	– Associação Americana de Terapia Ocupacional
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
AVE	– Acidente Vascular Encefálico
CAP	– Caixa de Aposentadoria e Pensões
DP	– Doença de Parkson
EM	– Esclerose Múltipla
EML	– Esclerose Múltipla Lateral
ESF	– Equipe Saúde da Família
LOS	– Lei Orgânica de Saúde
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONU	– Organizações das Nações Unidas
PACS	– Programa de Saúde da Família
PPD's	– Pessoa Portadora de Deficiência
PSF	– Programa Saúde da Família
REATA	– Laboratório Estudos e Pesquisa em Reabilitação e Tecnologia Assistiva
SGB	– Síndrome de Guillain-Barré
SIAB	– Sistema de Atenção Básica
SUDS	– Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
3	METODOLOGIA	14
3.1	Revisão da literatura	14
4	O CAMPO DE ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL	15
4.1	Histórico da terapia ocupacional	15
4.2	O profissional da terapia ocupacional	17
5	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA	23
5.1	Breve histórico	23
5.2	Legislação da pessoa portadora de deficiência	24
5.2.1	Direito a igualdade	25
5.2.2	Direito a saúde	25
5.2.3	Direito ao trabalho	26
5.2.4	Direito ao transporte	26
5.2.5	Direito a educação	27
5.2.6	Direito a cultura, lazer e esporte	28
6	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: princípios, diretrizes e campo de atuação	29
6.1	Evolução histórica da organização do sistema de atenção à saúde no Brasil...	29
6.2	PSF: transformando o sistema de atenção à saúde pública no Brasil	32
6.2.1	Princípios do Programa Saúde da Família	33
6.2.2	Diretrizes do Programa Saúde da Família	34
6.2.3	Campos de Atuação da Estratégia Saúde da Família	34
7	CORRELAÇÃO DA ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL JUNTO A PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA DENTRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	36
7.1	Fluxograma: Proposta de atendimento e intervenção para pessoas portadoras de deficiência com abordagem pela Equipe Saúde da Família e pelo terapeuta ocupacional	40
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXO	47

1 INTRODUÇÃO

Diante do que se tem estudado e pesquisado, verifica-se que é grande a quantidade de pessoas acometidas por alguma incapacidade ou deficiência, tanto em relação à saúde, quanto à educação e oportunidade de trabalho. O estudo desse tema é importante pelo “fato de que a população portadora de deficiência, entre outros motivos, representa uma parcela significativa da população em geral”, no qual 10% da população mundial é composta por pessoas incapacitadas (OLIVER, 1991, p.66).

Para o Ministério da Saúde os dados do Censo de 2000 informam que 24,5 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência, correspondendo a 14,5% da população número bastante superior ao esperado.

Para estudar a realidade desses indivíduos, é necessário que se tenha conhecimento dos termos deficiência e incapacidade, os quais podem estar interligados.

A deficiência (disability) se refere a qualquer debilidade residual do funcionamento fisiológico, anatômico ou psicológico, que resulte de uma doença, de uma lesão, ou de um defeito congênito. Ela é definida em termos de funcionamento individual e, supondo-se que não existe mais nenhum processo ativo de doença, a deficiência é relativamente estável para uma determinada pessoa. A incapacidade (handicap) se refere a interferência que uma deficiência provoca no desempenho de uma pessoa numa determinada área da vida (VASH, 1998 apud PEREIRA, 1997, p.85).

Segundo a Organização Mundial de Saúde as causas de incapacidades nos países desenvolvidos estão restritas à população urbana de baixa renda, onde os acidentes se mostram como principal responsável pelo número de incapacidades, acompanhadas das advindas do processo de envelhecimento (OLIVER, 1991).

Outro fator importante que inclui os termos incapacidade/deficiência é a visão da sociedade diante dos indivíduos que apresentam esse quadro “ser portador ou ter alguém na família com alguma deficiência é motivo de vergonha, o que torna raro encontrarmos estas pessoas nas ruas, escolas, em locais de trabalho e de lazer” (FALCÃO, 1999, p.17).

A Terapia Ocupacional historicamente se caracteriza como a prática que tem como objeto de estudo a atividade e seu significado na relação homem/mundo e adotou a atividade como recurso terapêutico. Portanto, assume o papel de trabalhar os conteúdos que surgem no ato do fazer, experimentar e vivenciar as atividades e desta forma, intervir facilitando o plano de tratamento.

Portanto, sendo a Terapia ocupacional uma profissão da área de saúde que utiliza conhecimentos científicos de caráter biomecânicos, cinesioterápico, reabilitativo, neuroevolutivo, tem como objeto de estudo a atividade humana usada como recurso terapêutico para alcançar o desempenho do indivíduo, cuja capacidade para desenvolver suas funções encontra-se debilitadas.

De acordo com a Organização das Nações Unidas-1948 todos passaram a ser considerados iguais, com igual atendimento as necessidades fundamentais de uma pessoa que tem como principal regra do equilíbrio dos direitos das “pessoas portadoras de deficiências”.

No Brasil surgiu um conjunto de leis oriundas das reivindicações das pessoas portadoras de deficiências que priorizavam dentro de um processo histórico que conquistasse um espaço de igualdade dando ênfase a Carta Magna do País:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, [...] (Constituição da Republica Federativa do Brasil – Artigo 5º, 1988).

Dentro desta Constituição foram assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências nos mais variados campos e aspectos, sendo então, outras formas legais estabelecidas, destacando-se a Lei nº. 8.080/90 – a chamada Lei Orgânica da Saúde.

Dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde a Lei Orgânica da Saúde relata “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7 Inciso I, II, III e IV).

A Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência considera a pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano, pressupõe a adoção de estrutura que possibilita a atenção integral a pessoa portadora de deficiência (BRASIL, 1999).

Dentre essas estratégias destaca-se o Programa Saúde da Família que é adotado pelo ministério da Saúde como uma proposta de reforma de modelo assistencial, baseado numa série de princípios e estratégias bem enunciadas nos documentos ministeriais publicados a partir de 1944, com ênfase abordagem integral e interdisciplinar ao indivíduo inserido no seu contexto social, econômico, cultural e familiar (BRASIL, 1999).

Portanto diante do exposto, justifica-se o desenvolvimento do presente estudo que buscará a partir de uma ampla revisão da literatura descrever as interfaces entre a atuação do terapeuta ocupacional e a equipe saúde da família junto á pessoa portadora de deficiência, tendo como objeto de estudo a atuação do terapeuta ocupacional frente a pessoa portadora de deficiência no âmbito do Programa Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar a atuação do terapeuta ocupacional frente á pessoa portadora de deficiência no âmbito do Programa Saúde da Família.

2.2 Específicos

- Descrever o campo de atuação da Terapia Ocupacional;
- Descrever a Política Nacional de Saúde da pessoa Portadora de Deficiência;
- Descrever a estratégia Saúde da Família, seus princípios e diretrizes;
- Observar a correlação entre o campo de atuação do terapeuta ocupacional e as proposições da Política da Pessoa Portadora de Deficiência e a estratégia do Programa Saúde da Família, a partir do referencial teórico.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

3.1 Revisão da Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da Pergunta:** o que a literatura descreve sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional frente ao portador de deficiência no âmbito do Programa Saúde da Família?
- **Localização e seleção dos estudos:** serão considerados o estudo de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos).
- **Período:** 1985 a 2005 (se o período não contemplar todo conteúdo poderá ser ampliado).
- **Coleta de Dados:** Serão coletados dados relativos as atividades desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional e recomendações para atenção integral a pessoa portadora de deficiência no âmbito da atenção primária em saúde.
- **Análise e apresentação dos dados:**
 - Campo de atuação do terapeuta ocupacional;
 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência;
 - Princípios e Diretrizes da estratégia Saúde da Família.

O campo de atuação do terapeuta ocupacional e a sua relação com a estratégia saúde da família.

4 O CAMPO DE ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

4.1 Histórico da terapia ocupacional

Nascida sob a égide da reabilitação, a Terapia Ocupacional tem sua ação voltada para o treinamento e desenvolvimento de habilidades, na construção de um novo cotidiano para os indivíduos com limitações de suas funções.

A história da terapia ocupacional vem desde os primórdios da civilização, do antigo Egito, que segundo Finger (1986), as seitas egípcias utilizavam a ocupação com fins de tratar o humor doentio.

A história da humanidade é marcada pelo uso do trabalho, jogos e exercícios físicos com caráter curativo, onde os chineses em 2600 a.C, utilizavam-se de exercícios físicos com finalidade prolongar a vida e de combater as doenças, acreditando que as mesmas eram ocasionadas devido a inatividade orgânica (HOPKINS; SMITH, 1984 apud KEBBE, 2002).

Atílio (2002) enfatiza que no Brasil, a terapia ocupacional surgiu com a influência da Revolução Francesa de 1789. Onde o tratamento moral surgiu como forma de aplicação de novas idéias no âmbito da saúde, através de Philip Pinel no século XIX na França, baseada na filosofia humanista, período esse da Revolução Francesa, desenvolveu-se o tratamento através do uso do trabalho, traduzindo uma Reforma no Processo Assistencial.

Francisco (2001) cita a utilização da ocupação como meio principal de sua reforma, tornando-se pioneiro na aplicação do trabalho com fim de tratamento ao doente mental no ambiente asilar. Gerando benefícios monetários ao doente mental e ao asilo, as atividades de lazer também faziam parte desse processo.

Outros autores contribuíram de forma importante com a construção desse processo histórico da terapia ocupacional, como:

Adolf Mayer que via o individuo não só como organismo, mas este em interação com o meio social, além de ser divulgador do tratamento moral. Ele utilizava-se de atividades ressocializantes como meio de alcançar o equilíbrio e consciência da realidade, combatendo o comportamento anti-social do paciente (BENETTON, 1999).

Herman Simon praticava a ocupação terapêutica, desenvolvendo o tratamento ativo, baseado no trabalho produtivo, desenvolvendo responsabilidades ao doente mental.

Esse trabalho era executado em etapas como meio de ocupar o doente mental e organizar a instituição (BENETTON, 1999).

O criador da ocupação biológica foi Karl Shneider, que deu ênfase as capacidades remanescentes dos doentes mentais, chamada de Terapia Ativa, que segundo Benetton (1999), esse programa levava o equilíbrio somático e psíquico, possibilitando a descarga dos processos psíquicos patológicos, assim como o exercício de funções conservadas e a característica de uma atividade.

De acordo com Kebbe (2002), a enfermeira Susan Tracy, utilizou-se de atividades da terapia ocupacional proporcionando benefícios através da ocupação em pacientes ortopédicos internados, afirmando que a atividade é um recurso auxiliar no processo de recuperação aliado à medicação. Tracy acreditava que a atividade promovia o vínculo com a vida social, sendo fundamental para a manutenção dos relacionamentos interpessoais.

Francisco (2001), em 1915 ressaltou o uso da ocupação como forma de tratamento, o mesmo também foi definido por William Rush Dunton, quando publicou o livro de onde surgiu o termo terapia ocupacional. Shwartz (apud NEISTADT; CREPEAU, 2002), afirma que Dunton utilizou-se das idéias do tratamento ético mostrando que a terapia ocupacional utilizava um regime criterioso de atividade.

William Rush Dunton, outro psiquiatra que reconhecia o valor terapêutico das atividades orientadas individualmente, publicou o livro *Occupation Therapy, a Manual For Nurses* (1915), onde orientava as enfermeiras a utilizarem os jogos de cartas, dominó, quebra-cabeças e enigmas nas atividades com os pacientes (HUF, 1998, p.56).

A utilização da atividade como forma terapêutica verificada no decorrer da história estava mais relacionada à saúde mental, porém, foi a partir da I Guerra Mundial (1914-1918) que a terapia ocupacional desenvolveu-se como profissão e conquistou espaço na área da saúde física, que segundo De Carlo e Bartalotti (2001), houve aumento dos incapacitados e neuróticos de guerra. No princípio esse trabalho era executado por mulheres, sendo chamadas de “auxiliares de reconstrução”. Mas com a crise econômica nos Estados Unidos no final da década de 1920, período esse chamado de depressão, ocorreu o declínio no atendimento dos incapacitados, somente na II guerra mundial houve o ressurgimento da profissão devido à necessidade da presença do terapeuta ocupacional em hospitais civis e militares, possibilitando avanços na área da reabilitação nos soldados oriundos do campo de batalha. Os atendimentos no campo da disfunção física tiveram seu ápice na década de 1940 a 60 influenciados pelo Movimento Internacional de Reabilitação.

Valores, idéias e atividades relativas ao incapacitado foram alterados concomitantemente ao movimento de reabilitação. Por exemplo: foi dada ênfase a movimentação precoce e exercícios de condicionamento; materiais novos e experimentação levaram aos aparelhos protéticos e ortopédicos melhores e adaptados ao indivíduo; foram desenvolvidas novas técnicas, graças ao conhecimento maior do sistema neuromuscular; orientação psicossocial e o treinamento vocacional foram considerados uma parte significativa da reabilitação (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p.29).

Diante do que foi exposto no decorrer da história da Terapia Ocupacional verifica-se dois momentos no uso das atividades como recurso terapêutico, primeiro caracterizado pelos doentes crônicos dos hospitais psiquiátricos, utilizando-se de programas recreativos e de laborterapia e, o segundo com pacientes incapacitados físicos, que buscava a capacidade funcional através de programas multidisciplinares de reabilitação.

A terapia Ocupacional historicamente se caracteriza como a prática que tem como objeto de estudo a atividade e seu significado na relação homem mundo e adotou a atividade como recurso terapêutico. Portanto, assume o papel de trabalhar os conteúdos que surgem no ato de fazer, experimentar e vivenciar as atividades e desta forma, intervir facilitando o plano de tratamento em várias áreas de atuação.

4.2 O profissional da terapia ocupacional

Segundo De Carlo e Luzo (2004, p.10) “a Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, na educação e na esfera social”, que busca proporcionar uma adaptação satisfatória para com os pacientes que apresentam limitações de suas funções. Seu objetivo é habilitar e reabilitar para que consiga um estilo de vida adequado a sua condição praxica. Em vista disso, identificamos a grande necessidade de intervenção no sentido de possibilitar novas “vias” para a recuperação da “vida”. Dentro dessa perspectiva é que se insere o trabalho do terapeuta ocupacional. Ele se apresenta como um agente facilitador do processo terapêutico, sendo as atividades, ou ocupações, a sua proposta técnica.

Considerando que a Terapia Ocupacional é um processo de mudança por meio do fazer, supõe que o profissional deve se apropriar das atividades, resgatar o domínio da ocupação como recurso terapêutico (HAGEDORN, 1999). Pois, através da atividade é possível conhecer a história de vida, estabelecer o primeiro contato (vínculo terapeuta - paciente), descobrindo habilidades e potencialidades, assim como as necessidades e incapacidades que podem interferir na conquista da independência e organização de

potencialidades. Também, por meio das atividades podemos estimular o organismo e ativar um novo potencial de vida.

O sentido fundamental das atividades é ampliar o viver e torná-lo mais intenso, nunca diminuí-lo. Elas nos enriquecem, nos permitem reestruturar a experiência em níveis de consciência sempre mais integrados, tornando nossa compreensão mais abrangente, intensificando, assim, o sentimento da vida (CASTRO et al., 2001, p. 53).

Desta maneira, podemos definir que a Terapia Ocupacional é arte e a ciência de ajudar pessoas a realizarem as atividades diárias que são importantes para elas, apesar de debilidades, incapacidades ou deficiências. Dando ênfase ao seu trabalho ao tentar eliminar as barreiras sociais e físicas, nos ambientes onde vivem, diminuindo a introspecção excessiva, o tédio e ansiedade, minimizando o estresse emocional decorrente da doença, entre outros aspectos que interferem no desenvolvimento da melhor qualidade de vida (NEISTADT; CREPEAU, 2002).

Segundo Castro et al. (2001, p.49) “na Terapia Ocupacional, as atividades possibilitam a cada ser reconhecido e se reconhecer por outros afazeres; elas permitem conhecer a história de vida dos sujeitos”.

Conforme a Associação Australiana de Terapia Ocupacional, “A Terapia Ocupacional está envolvida com a ocupação humana e sua importância na saúde das pessoas de todas as faixas etárias” (HAHN, 1995, p.11).

Daí a profissão ser caracterizada por várias áreas de atuação, indo da debilidade até aos casos terminais. O seu principal objetivo como profissão é o resgate da independência funcional em todos os aspectos biopsicossocial.

Finger (1986) refere-se a profissão como sendo responsável pela seleção de atividades que objetivam o alcance da capacidade, aprendizagem de habilidades e funções essenciais para a produtividade, correção ou diminuição de patologias e a promoção e manutenção da saúde, fazendo uso de atividades específicas para ajudar as pessoas alcançarem o seu máximo de função e independência.

O terapeuta ocupacional avalia as funções físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, identifica as áreas de disfunção e o envolve em um programa de atividades estruturadas de forma a superar sua incapacidade. As atividades escolhidas serão correlacionadas às necessidades pessoais, sociais, culturais e econômicas do cliente, refletindo os fatores ambientais que influenciam na sua vida (HAGEDORN, 1999, p.15).

Algumas áreas de atuação profissional se referem às deficiências neurológicas decorrentes na maioria dos casos de acidentes que podem levar ao traumatismo crânio

encefálico (TCE), amputações, acidentes vasculares cerebrais (AVC), dentre outros. Na clientela infanto-juvenil se destaca a deficiência mental com alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. Nesses casos as atividades indicadas são voltadas à normalização do tônus muscular, além da aplicação de técnicas de relaxamento tanto em crianças quanto em adultos. Têm-se o uso de atividades lúdicas como jogos, a fim de estimular atenção, concentração e preensão, além das atividades artesanais que trabalham a parte motora e transmissão dos sentimentos internos (TINOCO, 2002).

Segundo West (2001, p.19), a reumatologia é “uma ciência médica devotada ao estudo das doenças reumáticas e dos distúrbios musculoesqueléticos”. As deficiências reumatológicas, levam o indivíduo a dores constantes, ocasionando a diminuição da amplitude articular.

Fries (1990), reforça que as doenças reumatológicas representam um grande desafio clínico, por envolver inúmeros fatores, tais como a cronicidade, complexidade bioquímica e imunológica, patogenia desconhecida e vários efeitos sobre o estilo de vida do paciente, nas relações familiares, sua auto-imagem e sua capacidade, tendências que dificultam o tratamento.

A função do Terapeuta Ocupacional nesse caso é proporcionar a redução da dor, com uso da termoterapia e exercícios ativos e passivos, trabalhando-se a coordenação motora fina através de jogos (encaixes de pequenos pinos, xadrez, etc), fazendo uso também de atividades expressivas (TINOCO, 2002).

Com os portadores de deficiências ortopédicas os déficits típicos que ocorrem são limitações ocasionadas pela dor, imobilização, diminuição da amplitude articular, sensibilidade e força, os déficits no desempenho funcional podem ser temporários, duradouros ou se tornar progressivamente mais graves (NEWMAN, 2002). Portanto o terapeuta ocupacional pode atuar em hospitais e ambulatório, executando atividades prescritas de acordo com o estado em que o paciente se encontra, utilizando atividades que facilitem a movimentação, respeitando sempre os limites funcionais do mesmo.

Os pacientes queimados apresentam zonas de morte tecidual, podendo atingir vários graus de profundidade na zona de tecido destruído, tendo como sintomas a dor e prurido, e seu processo de cicatrização pode levar o período de seis meses a dois anos, até a maturação completa da pele (OLIVEIRA, 2003).

De acordo com Antoneli (2003), o terapeuta ocupacional é fundamental no processo de reabilitação desses pacientes, atuando de forma:

Na preservação de deformidades, manutenção da mobilidade articular, confecção de órteses e restituição da função [...]. O programa de tratamento que envolve o posicionamento adequado, a estimulação da função mediante as atividades terapêuticas e o treinamento de independência nas atividades da vida diária e práticas, norteiam as metas do tratamento de reabilitação (ANTONELI, 2003, p.535).

Nas doenças Neurodegenerativas, como a Esclerose Múltipla (EM), doença de Parkinson (DP), Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e Síndrome de Guillain - Barre (SGB), são progressivas e crônicas, podendo até mesmo ser fatais, resultando em limitações que afetam a vida do indivíduo, onde o terapeuta ocupacional intervém com atividades e ocupações que são relevantes e valorizadas pelo próprio paciente e família. Copperman (2005, p.886), diz que “os objetivos de tratamento são as reduções dos efeitos das limitações resultantes da doença, promovendo o máximo de qualidade de vida, ou seja, participação segura, funcional e confortável nos papéis e tarefas escolhidos”.

Segundo Tinoco (2002), os portadores de distúrbios psicológicos são, em sua grande maioria, crianças e adolescentes devendo ser tratado em conjunto com os seus pais ou responsáveis. Como atuação na saúde mental o Terapeuta Ocupacional propõe o uso de atividades da vida diária, que envolvem o cotidiano, como escovar os dentes, tomar banho, dentre outras atividades, que são repassadas de forma lúdica, possibilitando o envolvimento desses clientes em todas as etapas das atividades, e assim possibilitando o resgate da auto-estima.

Faz-se importante nesse grupo de indivíduos o uso de atividades individuais ou grupais. Onde Maximino (1997, p.33), propõe os objetivos das atividades de grupo:

A necessidade de escolher e realizar uma atividade cumpre algumas funções: a - diagnosticar conflitos e facilitar a delimitação de certas dificuldades dos pacientes; b - prover oportunidades para exploração de capacidades de resolução de problemas e tomadas de decisões; c - pressionar o grupo para trabalhar em direção a um objetivo comum, o que supõe que os pacientes olhem para si mesmos e para os outros; d - melhorar a habilidade de perceber relações de causa e efeito; e - prover teste de realidade a partir de validação consensual; f - melhorar a comunicação, já que a necessidade de trabalhar em conjunto obriga a conversar e a tentar uma verbalização mais clara e direta; g - proporcionar aprendizado útil à vida em comunidade.

O Terapeuta Ocupacional na área da saúde mental realiza trabalho interdisciplinar, utilizando-se de atividades individuais e grupais, possibilitando o convívio social e principalmente familiar.

Na população idosa, o envelhecimento ocorre de maneira progressiva interna e externamente que levam alterações físicas, psicológicas e até mesmo sociais, podendo refletir

de maneira positiva e negativa na vida desses indivíduos. Daí o terapeuta ocupacional ser importante nesta fase da vida intervindo e compreendendo os processos que envolvem essas alterações, para assim traçar programas de atividades que expressem valores individuais e até mesmo coletivos (família, instituições azilares, grupo de idosos), fazendo-se necessário que:

Adapte a atividade ou ajude o cliente a identificar uma atividade que atenda as necessidades semelhantes quando as atividades preferidas se tornam muito difíceis para ele. Pra tanto verifique que o componente da atividade é significativo. Por exemplo, se ele ou ela gosta de cozinhar por ser uma maneira de se socializar, a substituição por uma atividade não social, não será satisfatória (TROMBLY, 2005, p.814).

Por isso vale ressaltar a importância das atividades que devem ser feitas, estimulando a cognição, percepção e principalmente o crescimento interno, laboral e social.

A Terapia Ocupacional também atua na área preventiva, orientando as gestantes e puérperas.

Na área Obstétrica, o Terapeuta Ocupacional orienta as gestantes a se conhecer melhor compreendendo as transformações que ocorrem nesse período, transmitindo informações quanto atividade sexual, evitando problemas conjugais; conhecer os diversos tipos de partos, relatar a importância da amamentação e cuidados com o bebê (TINOCO, 2002, p.222).

Na área da pediatria os serviços em terapia ocupacional cresceram em tamanho e complexidade, conforme American Occupational Therapy Association (AOTA, 1995) cerca de um terço dos terapeutas ocupacionais trabalha atualmente com crianças. Atuando em ambientes como hospitais, centros de reabilitação, clínicas de saúde mental, cuidados de saúde domiciliar, sistemas escolares, programas de intervenção preventiva e centros comunitários (NEISTADT; CREPEAU, 2002).

Existem outras áreas em que o terapeuta ocupacional pode atuar como, nos pacientes portadores de AIDS, realizando-se trabalho conjunto entre os profissionais envolvidos com o tratamento e a família que cria expectativas quanto ao desenvolvimento do vírus (HIV), fornecendo um ambiente seguro e de apoio, durante as sessões de terapia ocupacional. Na hanseníase podem-se realizar atividades que tenham como objetivo o resgate da auto-estima, promovendo qualidade de vida, podendo realizar a confecção de próteses; No tratamento com hipertensos e cardiopulmonares trabalham-se, as atividades da vida diária, profissionais e de lazer, que são as áreas mais comprometidas que devem ser analisadas para que haja adaptação destas ao quadro que esse cliente apresenta, onde, de acordo com Neistadt e Crepeau (2002), a função do terapeuta é maximizar a independência, aumentar a tolerância à

atividade e o desempenho de habilidade psicossocial, enquanto promove a reintegração nas atividades de trabalho, produtivas e de lazer; O trabalho com a comunidade deve ser feito de modo diversificado realizando atividades preventivas de educação sanitária, educação ambiental conservando o meio em vivem, atuando em escolas da comunidade, dentre outras ações importantes para prevenir patologias quanto à saúde da mulher, do idoso e adolescente.

Como se verificou o terapeuta ocupacional é o profissional que atua em várias áreas da saúde, conhecendo a natureza humana em todos os seus aspectos, desde a parte biológica até a social, e isso se faz necessário para que este possa executar bem a sua função, assim diante desses conhecimentos o entendimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência é importante para que se possa trabalhar a questão da inclusão social promovendo qualidade de vida em todos os seus âmbitos.

5 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

5.1 Breve histórico

A deficiência no ser humano é algo recente, sendo desde o principio visto como forma de exclusão, onde as pessoas que eram discriminadas e estigmatizadas não levavam uma vida semelhante á das demais ficando mais evidente com a ocorrência das duas grandes Guerras Mundiais.

Desde então, houve um marco importante para o reconhecimento das Pessoas Portadoras de Deficiência, onde começaram a ter seus direitos admitidos.

As primeiras leis comprovam que a ação do Estado, em relação à Pessoa Portadora de Deficiência estava firmada na Política de extermínio. Em Esparta e Atenas respectivamente “As crianças mal constituídas devem ser eliminadas” e “todas as pessoas inúteis devem ser mortas quando a cidade estiver citiada” (ASSIS; PUSSOLI, 1992, p.13).

No entanto foram os Gregos que criaram o conceito de isonomia que constitui o alicerce dos portadores de deficiência. Este conceito, portanto implica na igualdade dos cidadãos, por mais diferentes que sejam em função de sua origem, aparência, classe, função (ALTAVILA, 1989).

Os mecanismos de extermínio e exclusão desses indivíduos avançaram pela Idade Média e permaneceram no período de formação e consolidação do Estado moderno.

A prática da exclusão provocou reflexos jurídicos que atingiram inclusive a propriedade (direito natural e sagrado) do cidadão, conforme testemunho de Montesquieu (1962, p.262): “O leproso, expulso de sua casa e abandonado num lugar determinado, não poderia dispor de seus bens porque, desde o momento em que fosse tirado de sua casa, era classificado como morto. A fim de impedir todo o contato com os leprosos, cassavam-lhes os direitos civis”.

Aborda-se também a questão dos que voltaram da guerra com o corpo mutilado, ou seja, aqueles que perderam um ou vários membros a serviço do rei ou da pátria, o estado deveria assegurar a sua existência.

Daí inaugurou-se uma nova época com abolição das antigas ordenanças, várias reformas foram introduzidas, dentre elas: a punição com objetivo de requalificar o indivíduo como sujeito de direitos e a instituição de recursos públicos para socorrer os deficientes.

O artigo XXI da Declaração dos Direitos do Homem e dos Cidadãos, de 1793, expressa que “aos auxílios públicos são uma dívida sagrada. A sociedade deve a subsistência aos cidadãos infelizes, quer seja procurando-lhes trabalho, quer seja assegurando meios de existência àqueles que são impossibilitados de trabalhar” (BECARRIA, 1999, p.18).

Com o resultado do aumento da conscientização em caráter mundial da necessidade de se resguardar o direito das minorias, surgiram as primeiras iniciativas concretas contra a discriminação específica aos deficientes com a Declaração dos Direitos das Pessoas com Retardo Mental, por Resolução da ONU, 1975, e a Resolução XXX/3.447, de 1975 que institui a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes. Posteriormente a ONU proclamou em 1981, através da resolução 31/123, o Ano Internacional das Pessoas Deficiente (International Year for Disabled Person), quando então a questão passou a ter mais atenção dos países.

Com a promulgação da emenda n°. 12 da Constituição Federal de 1967, Brasil teve o primeiro grande avanço em relação ao reconhecimento dos Direitos das Pessoas Portadora de Deficiência, no qual assegurava aos “deficientes a melhoria da sua condição social e econômica” (BRASIL, 1998).

Inspirada nos princípios fundamentais da cidadania e da dignidade da pessoa humana da constituição Federal de 1988 (art. I, II, III), é a que melhor expressa o anseio dos cidadãos para uma vida melhor, com uma sociedade inclusiva (HESSE, 1991).

Com base nisso, o processo adiante se referi a Legislação da Pessoa Portadora de Deficiência.

5.2 Legislação da pessoa portadora de deficiência

Com a inserção de normas na Constituição Federal que visa demonstrar a importância dada pela constituinte a esse grupo social garante direito às PPD's. Sendo estes direitos os mesmos dos demais cidadãos, diferenciando-se na forma como essas medidas especiais são aplicadas (FEIJÓ, 2002).

Desta forma, não é valido apenas ter conhecimento dos direitos se os portadores de deficiência não puderem exercitá-los de maneira eficaz. Caso isso não ocorra, a Constituição, nas palavras de Lassale (1998), não passa de uma folha de papel.

De acordo, com Miranda (1998, p.202): “Os direitos são os mesmos para todos; mas, como nem todos se acham em igualdade de condições para os exercer, é preciso que essas condições sejam criados ou recriados através da transformação da vida e das estruturadas dos quais as pessoas se movem”.

Será evidenciado um breve resumo sobre os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência na Constituição Federal de 1998.

5.2.1 Direito à igualdade

O artigo 5º da CF/88 trata de forma difundida do princípio da igualdade, quando expõe que os direitos são iguais para todos sem distinção de qualquer natureza. Punindo qualquer discriminação correspondente aos direitos e liberdade fundamentais.

Portanto, a Lei 7.853/89 ampara o direito da igualdade assumindo crime de preconceito em relação à PPD's.

Feijó (2002) destaca no âmbito Municipal, a Lei Orgânica de São Luis que, em seu artigo 4º, define a atuação de São Luis no desenvolvimento e na redução das desigualdades sociais, e a lei nº. 3732/98 dispõe a obrigação dos estabelecimentos a destinarem um especial atendimento prioritário a gestantes, idosos e portadores de deficiência.

5.2.2 Direito à saúde

Em relação aos cuidados com a saúde das pessoas portadoras de deficiência, a lei nº. 7853/89 acrescenta as seguintes medidas:

- a) A promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, acompanhamento da gravidez, do parto, do puerpério, nutrição da mulher e da criança, a identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, a imunização, as doenças do metabolismo e o seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência;
- b) O desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidentes do trabalho e de trânsito e de tratamento adequado a suas vítimas;
- c) A criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;
- d) A garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;
- e) A garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado;
- f) O desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social.

Portanto, a lei 7853/89 assegura uma gama de direitos específicos aos portadores de deficiência em relação à sua saúde.

Com base na reabilitação, verifica-se o processo no qual auxilia os indivíduos fisicamente incapacitados a utilizarem ao máximo suas capacidades residuais de forma a habilitá-los a alcançar a independência, resultando na restauração completa ou apenas parcial (YESNER, 2002).

5.2.3 Direito ao trabalho

A Carta política de 1988 trata, em seu artigo 37, inciso VIII, assegura as PPD's reserva de vagas nos cargos e empregos públicos.

“VIII - a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios da sua admissão”.

O Decreto nº. 3298/99, trata da Política Nacional de integração do portador de deficiência, destacando o artigo 34 citado neste:

“Art.34. É finalidade primordial da política de emprego a inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho ou sua incorporação ao sistema produtivo mediante regime especial de trabalho protegido”.

Segundo Feijó (2002) esse acesso ao mercado de trabalho no setor privado está previsto pela Lei 8213/91 Art.93 a obrigatoriedade de (2% a 5%) de vagas nas empresas com cem ou mais empregados.

De acordo com a Lei Municipal 3004/99 em seu Art. I, o município de São Luís admitirá entre seus funcionários pessoas portadoras de deficiências, considerando-as capazes de contribuir com suas potencialidades e habilidades, na manutenção e melhoria dos serviços públicos.

5.2.4 Direito do transporte

É certo que com o crescimento das cidades, os meios de transporte têm se tornado indispensáveis ao homem - Seja qual for o meio que ele utilize, este precisa se locomover, e uma vez não tendo direito ao acesso não há como exercer os outros direitos como educação, trabalho, à saúde.

E com base nisso a lei nº8899/94 concede posse livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo. Sendo a concretização desse direito fundamental para o portador, pois habilita-o para usufruir de muitos outros.

5.2.5 Direito à educação

Segundo Corde (BRASIL, 1998), 10% das crianças apresentam deficiência. Tendo estes o mesmo direito à educação que as demais, requerendo assim uma ação de atendimento e serviços especializados.

Com base nisso, ainda existe um despreparo da sociedade em relação à educação das pessoas com deficiência, encontrando assim escolas não adaptadas a essas reais necessidades, no qual assume o verdadeiro papel da inclusão, garantindo o acesso desses no ensino regular.

Fazendo-se necessário que as escolas desenvolvam medidas que valorizam as capacidades e potencialidades dessa clientela. Oferecendo um ambiente que propicie uma convivência de igualdade entre todos. Pois, segundo Araújo (2003, p.51), “isso não significa que a educação deva ser segregada, juntamente com os Portadores de Deficiência. A educação da Pessoa Portadora de Deficiência deve ser feita na mesma classe das pessoas não Portadoras de Deficiências”.

Desta forma, as escolas devem ser preparadas para receber a Pessoa com Deficiência utilizando recursos que devem visar sempre a inclusão tanto no ambiente físico, como no convívio social. E que tenham acesso a uma orientação que permita enfrentar as suas limitações e dificuldades que surgirem. Evidencia-se com as palavras de Lima (2001, p.43) quanto este cita:

Art. 25, Os serviços de educação especial serão ofertados nas instituições de ensino público ou privado do sistema de educação geral, de forma transitória ou permanente, mediante programas de apoio para o aluno que está integrando no sistema regular de ensino, ou em escolas especializadas exclusivamente quando a educação das escolas comuns não puder satisfazer as necessidades educativas ou sociais do aluno ou quando ao bem-está do educando.

Portanto, não há limites para os benefícios decorrentes desta oportunidade de convivência integrada.

5.2.6 Direito à cultura, lazer e esporte

Não havendo qualquer objeção a esse direito o Portador de Deficiência assim como qualquer indivíduo também têm acesso à diversão.

É para que ele tenha oportunidade de lazer como prática esportiva, freqüentes locais públicos, biblioteca, museus, teatros, parque, cinema é necessário à mobilização dos agentes administrativos na construção de locais que permitam livre acesso como eliminação das barreiras arquitetônicas.

A eliminação dessas barreiras arquitetônicas visa a integração social da Pessoa Portadora de Deficiência proporcionando acesso ao direito a família, direito a saúde, ao transporte e à educação. Como aponta Araújo (2003, p.54):

O conjunto desses instrumentos compõe o direito à integração social da Pessoa Portadora de Deficiência. Cada um desses direitos, separadamente ou em conjunto, forma o conteúdo do direito à integração, vida familiar sadia, educação especial, transporte adaptado, direito à saúde, incluindo habilitação e reabilitação, aposentadoria e direito ao lazer são instrumentos indispensáveis a integração social do indivíduo.

Assim, basta apenas à criação de alternativas que propicie o equilíbrio de oportunidades para todos. Surge dessa forma como estratégia de ação, a criação do Programa Saúde da Família com seus princípios e diretrizes.

6 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: princípios, diretrizes e campo de atuação

6.1 Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil

A crise do Sistema de Saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia podendo ser constatada por meio de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia, como: filas freqüentes, falta de leitos hospitalares, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos. Cabe então, uma decisão política firme, voltada para o bem da comunidade, com vista a reorganização do sistema de saúde a partir da reorientação do modelo assistencial, priorizando a atenção básica à saúde (BRASIL, 2002).

Portanto, diante de um modelo de assistência à saúde desprovida de atendimento adequado, no qual inclui problemáticas como estas, produziram propostas que reorganizassem o modelo de atendimento na estrutura dos serviços de saúde. “A incorporação destas propostas se torna indispensável para a estratégia de promoção de saúde na América Latina” (PEDROSO, 2005, p.6).

Para que isso seja possível analisar a realidade hoje existente, é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. O setor saúde sofreu as influências de todo o contexto político social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo. É indissociável reflexão sobre a criação e a luta contínua que travamos pela melhoria do Sistema de Saúde que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas (CAMPOS et al., 2005).

E somente nos momentos, em que os problemas de saúde tornam-se importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista, é que venha ser alvo de uma maior atenção por parte do governo.

A seguir será analisado as Políticas de Saúde do Brasil de acordo com os períodos históricos.

Carvalho e Martin (2001), apontam os principais fatores ocorridos na conformação da política de saúde brasileira desde o começo do século XX, passando pelo surgimento da assistência à saúde ligada à previdência, o movimento pela reforma sanitária, chegando ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No início do século XX entre 1900 a 1920, a economia baseava-se na agricultura, tendo como principal produto o café, destinado à exportação. Sendo, portanto, importante que os portos fossem saneados e as doenças controladas.

Segundo Tavares (2006), no início deste século, a cidade do Rio de Janeiro apresenta um quadro sanitário caracterizado pela presença de doenças graves que acometiam à população, como a varíola, malária, febre amarela e a peste, gerando assim sérias conseqüências, tanto para saúde coletiva como para situação econômica atingindo o comércio exterior.

Destaca-se, neste período, o médico Oswaldo Cruz que, à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, adotou o modelo de campanhas sanitárias destinado a combater as endemias urbanas e, posteriormente, as rurais. Adotando ainda, um estilo repressivo de intervenção médica, tanto nos indivíduos como na sociedade como um todo (LUZ, 1995).

“O sanitarismo companhista continua sendo a principal característica da política de saúde”, no período de 1920 a 1945, sendo ainda desta época a realização de ações concentradas no combate às endemias rurais e a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (CORDONI JR., 1979, p.53).

Em 24 de Janeiro de 1923 é aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Elói Chaves, marco inicial da Previdência Social no Brasil (TAVARES, 2006).

Esta Lei cria, em cada uma das empresas de estrada de ferro, uma caixa de aposentadoria e pensões (CAP) para os respectivos empregados. Mais tarde, em 1926, os CAP's foram estendidos aos portuários e marítimos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Os problemas de saúde na década de 1930 passaram a ter um caráter social e a partir de então a saúde organizou-se em dois subsetores distintos: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. O subsetor da saúde pública foi hegemônico até a década de 1960, já o subsetor da medicina previdenciária curativo-privatista passou a ampliar-se a partir da década de 1950 (CUNHA, 2001).

A preocupação e a saúde de alguns extratos da população surgiu de uma forma mais acentuada nos anos 50, devido ao grande avanço do processo de industrialização e a necessidade de conservar a saúde do trabalhador enquanto fosse produtiva.

Este modelo, denominado por vários autores como modelo-assistencial privatista Mendes (1996), vigorará hegemônico dos anos 1960 até meados de 1980. A consolidação desse modelo consistiu no atendimento individualizado, na assistência médica curativa e foi acima de tudo hospitalocêntrico.

Com o aumento da urbanização a medicina tornou-se cada vez mais especializada para “atender” às diferentes necessidades da população, contribuindo assim para o distanciamento dos serviços de atenção primária à saúde.

Segundo Carvalho e Martin (2001, p.63), “este período (1980-1990) assiste ao enfraquecimento e queda da ditadura militar, seguidos do processo de transição democrática do país”, o que culminou na aprovação, em 1988, da nova e atual Constituição Federal, contribuindo para a construção de uma nova política para o setor da saúde.

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área da saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) (TAVARES, 2006, p.9).

Na tentativa de reorganizar os serviços e unificar o setor saúde como todo, ao final da década de 80, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tinha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação popular.

Segundo Tavares (2006), em 1990 o governo edita a Lei nº. 8.080 conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), regulamentando o SUS, criado pela Constituição de 1988. Esta Lei define o modelo operacional do SUS, detalhando princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema.

Conforme essa Legislação compete ao SUS prestar assistência às pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização das atividades preventivas, incluindo as ações de vigilância sanitária, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral (ANDRADE apud CARVALHO; MARTIN, 2001).

A Constituição de 1988 passou a garantir a saúde como direitos de todos e um dever do estado.

Conforme Tavares (2006), a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBS) regulamentou a aplicação desta lei e tratou de Normas Operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/1991, NOB-SUS 01/1993, NOB-SUS 01/1996, e NOB-SUS 01/2001.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo SUS pode-se afirmar que o nível da atenção primária apresentou progressos significativos no setor público, mais quando se trata do setor privado enfrenta problemas graves detendo a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário (TAVARES, 2006).

Portanto, diante de várias propostas criadas para uma solução no modelo à saúde, é lançado em 1994, o Programa Saúde da Família, colocado objetivamente pelo Ministério da Saúde com uma proposta de reforma do modelo assistencial.

6.2 PSF: transformando o sistema de atenção à saúde pública no Brasil

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia em construção assumida pelo Ministério da Saúde como eixo estruturante da Atenção Básica no Brasil do Sistema de Saúde, visando implementar na prática os princípios do SUS, diante da perspectiva do alcance da universalidade, equidade e integralidade, buscando aproximar o serviço de saúde da população, priorizando as atividades preventivas e garantido ao cidadão um atendimento integral a sua saúde (LOBÃO, 2001).

Trata-se, pois, de uma substituição do modelo de atenção que busca não limitar-se apenas a assistir ao doente, mas estender na contribuição tanto pela educação como pela promoção de saúde para que a comunidade pudessem ter acesso a uma vida mais saudável e de melhor qualidade. Starfield (2004, p.61) relata que:

A Conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programa de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional.

A estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em Junho de 1991, com a implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). E foram formados as primeiras equipes de Saúde da Família em Janeiro de 1994, incorporando e ampliando atuação dos agentes comunitários. Funcionando adequadamente, as unidades são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade (COSTA et al., 2003).

Segundo Tavares (2006), a Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias em um território delimitado com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

As equipes de Saúde da Família são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e seis agentes comunitários de saúde. Podendo outros profissionais de saúde serem incorporados à equipe como: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2001).

Estes profissionais devem seguir a estratégia do Programa Saúde da Família reafirmando os princípios Básicos do Sistema de Saúde. Sendo válido estabelecer vínculos de compromisso com a população por estimular a organização da comunidade para exercer o controle social das ações e serviços de saúde (TAVARES, 2006).

6.2.1 Princípios do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2005)

- **Caráter substitutivo**

Significa não criar novas unidades de saúde, mas substituir as práticas de assistência por um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção e promoção da qualidade de vida na comunidade.

- **Integralidade e hierarquização**

A Unidade de Saúde da Família está inserida no âmbito da Atenção Básica devendo estar interligada a uma rede de serviços garantindo Atenção Integral as Famílias.

- **Territorização**

Organiza-se com base nas informações colhidas através da Ficha A, do Sistema de Atenção Básica (SIAB), realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), no espaço de atuação correspondente.

- **Equipe multiprofissional**

É a construção de um trabalho visando à unidade produtiva que requer a capacidade de articular requisitos técnicos, considerando o contexto individual, familiar e coletivo.

- **Estímulo à participação da comunidade e ao controle social**

Planejamento de ações que visa a participação da comunidade para criação e utilização de ações previstas na estratégia nas suas seguintes fases: programação, execução e avaliação das ações.

6.2.2 Diretrizes do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2005)

- A Equipe Saúde da Família deve ter conhecimento da verdadeira realidade das famílias, dentro de sua área de atuação, observando aspectos como: socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, identificando os problemas mais graves e comuns na comunidade;
- Realizar o cadastro da população correspondente a sua área;
- Construir planejamento de saúde local, baseado no diagnóstico verificado na comunidade, utilizando atividades que reestrutem o processo de trabalho, com participação ativa da população;
- Executar medidas preventivas, que atuem no controle de doenças infecto contagiosas em geral, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, além de doenças relacionadas ao trabalho e ao ambiente;
- Elaborar e desenvolver ações que visem a promoção da saúde no núcleo familiar, valorizando o vínculo entre a comunidade e a equipe saúde da família;
- Estimular os Conselhos Locais e Municipais de saúde, participando de forma atuante, assim fortalecendo o controle social.

6.2.3 Campos de Atuação da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005)

- **Promoção da Saúde**

Segundo Brasil (2005), foi definido pela OMS (1986), como processo de habilitação das pessoas para que aumentem o seu controle, e melhore a sua saúde. Os elementos básicos de saúde não é apenas prevenção de doenças, mas inclui, aspectos como: educação, alimentação, lazer e cuidado social, visando analisar e agir sobre os determinantes sociais do processo de saúde-doença, assim como, os problemas que afetam a vida e o ambiente.

- **Prevenção de Doenças**

Traça estratégias que buscam o controle ou redução de doenças, através de ações de prevenção primária, intervindo sobre os fatores de risco.

- **Assistência e o Tratamento**

Trata-se da prevenção secundária, com o reconhecimento precoce da doença, adotando assim medidas de tratamento individual, familiar e coletivo, de forma integral, garantindo qualidade de atendimento aos pacientes.

- **Reabilitação**

Envolve a capacidade funcional das pessoas, com as condições domiciliares, alcançando resultados positivos no processo de adoecimento, tornando disponível o acesso aos serviços especializados para os devidos cuidados quando necessário.

Considerando a Portaria que aprova os núcleos interdisciplinares através da abrangência da Estratégia Saúde da Família tem determinado a adoção de um novo paradigma no processo de trabalho no âmbito da Atenção Básica, com especial ênfase no trabalho em equipe e na interdisciplinaridade na busca da Promoção da Saúde, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº. 1065/GM/2005 que cria atribuições, tratando do inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que trata da Integralidade da Atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº8080/90, que dispõe sobre as Ações de Saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2005).

Assim, a seguir busca-se demonstrar a relevância da atuação do profissional de Terapia Ocupacional na Atenção Integral a Pessoa Portadora de Deficiência.

7 CORRELAÇÃO DA ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL JUNTO A PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA DENTRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Terapeuta Ocupacional é indispensável para a atenção integral a Pessoa Portadora de Deficiência. E a atuação do terapeuta ocupacional está intrinsecamente relacionada às ações de Atenção Básica do Programa Saúde da Família.

A preocupação com a preservação e recuperação das habilidades funcionais de um indivíduo portador de deficiência, fez com que a Terapia Ocupacional ganhasse uma maior importância para o desenvolvimento de ações de Reabilitação. Essas ações visam primordialmente à recuperação da funcionalidade para a execução de atividades da vida diária (AVD's), além da reeducação sensorial, motora e intervenção preventiva, aplicando técnicas de adaptação nas suas rotinas de auto-cuidado, trabalho e lazer.

No contexto da saúde pública e do Programa Saúde da Família, o Terapeuta Ocupacional frente à Pessoa Portadora de Deficiência tem atenção focada em atender os interesses e necessidades, fundamentando-se nos princípios da inclusão e em ações que busquem o desmonte da exclusão social.

Com a implementação do Programa Saúde da Família em muitas regiões do país, em meados da década de 90, emergiu-se a necessidade de contextualizar a saúde da pessoa com deficiência e sua reabilitação nessa nova modalidade de atenção à saúde, adequando às estratégias de intervenção reabilitacional ao modelo do Programa Saúde da Família, com bases na atenção territorial (CORDEIRO, 1996).

Em 1993, Ministério da Saúde elaborou o documento “Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: Planejamento e organização de serviços” (BRASIL, 1993), que tem norteado algumas experiências na área da reabilitação no Universo da Saúde Pública.

Dentro dessas experiências surge a proposta de um estágio para os formandos da Terapia Ocupacional na Universidade de São Paulo atendendo a pessoa portadora de deficiência inserida no PSF - Programa Saúde da Família (QUALIS) (Fundação Zerbini) - Região sudeste de São Paulo, coordenada pelo Laboratório Estudos e Pesquisa em Reabilitação e Tecnologia Assistiva (REATA) em conjunto com os terapeutas ocupacionais do serviço local, desenvolvendo habilidades práticas do Terapeuta junto com os portadores de deficiências, desde o final de 2001 (ROCHA; SHIMIZU; BARRALES, 2002).

Nessas ações baseiam-se em princípios de intervenções interdisciplinares com profissionais da reabilitação em associação com as equipes de saúde da família, saúde mental, bucal, realizando trabalho conjunto com o objetivo de eliminar os processos de exclusão social, proporcionando atendimentos diferenciados (individual, em grupo, na comunidade e no domicílio), utilizando-se da tecnologia assistiva de acordo com a realidade local (ROCHA; KRETZER, 2000). O reconhecimento do território é feito junto com os agentes comunitários que também fazem parte da equipe de Saúde da Família. Além disso, há participação nas reuniões das ESF (Equipe Saúde da Família), eixo do planejamento da assistência.

Essa assistência quando encaminhada para terapeuta ocupacional é proporcionada através da realização de anamneses, planos de tratamento e atendimentos propriamente ditos, além da realização de grupos terapêuticos, ou criação de grupos na comunidade, abordando as questões familiares, sociais e de saúde pública, visando à promoção da saúde.

Para Rocha, Shimizu e Barrales (2002) essa experiência, no campo da atenção à saúde de pessoa com deficiência é inovadora, essa população geralmente é encaminhada para centros de reabilitação, em clínicas ou hospitais especializados, em regiões centrais da cidade, com abordagens médico organicista. Os resultados alcançados nesse processo de reabilitação pela Terapia Ocupacional, foram:

- Reconhecimento que a clientela adstrita com deficiência é de responsabilidade das equipes de saúde da família e da equipe de saúde da pessoa com deficiência, independentemente da patologia, gravidade e faixa etária.
- Entendimento que o trabalho desenvolvido, sua organização, administração e consequentes cuidados de saúde e reabilitação e de ações de inclusão social é uma ação coletiva e de cooperação entre os membros das equipes de saúde e comunidade;
- Participação na tomada de decisões, desde a elaboração do diagnóstico reabilitacional, a elaboração dos planos de ação de cuidados até as ações de intervenções terapêuticas, respeitando os diferentes protocolos existentes e o nível de adesão dos usuários;
- Atuação como membro de equipes multiprofissionais, que desenvolvem ações interdisciplinares de saúde;
- Aprimoramento técnico do aluno no campo da atenção à saúde da pessoa com deficiência em saúde pública, onde, a associação de ações de promoção à saúde e de inclusão social com ações reabilitacionais terapêuticas e de tecnologia assistiva é fundamental;
- Desenvolvimento de práticas terapêuticas, educativas, através de ações individuais, junto às famílias, no domicílio, em grupo e na comunidade, como parte do exercício profissional e como espaços efetivos e eficazes do desenvolvimento da prática da atenção à saúde da pessoa com deficiência e reabilitação;
- Aprendizado que as ações de Prevenção e Intervenção em Reabilitação são interdependentes no cotidiano (ROCHA; SHIMIZU; BARRALES, 2002, p.108).

Observa-se com a experiência acima relatada o potencial da funcionalidade e a capacidade do terapeuta ocupacional em adaptar o tratamento aos aspectos sociais e culturais naturais presentes na comunidade (BURTON, 1994).

Portanto o Terapeuta Ocupacional atua juntamente com outros profissionais, tendo em vista como maior importância beneficiar o portador de deficiência na qualidade de atendimento, com os objetivos o ganho de habilidades motoras, sensoriais, adaptação e resposta aos estímulos ambientais.

A prática eficaz envolve, tipicamente, interações com membros de outras profissões, os regulamentos aplicáveis de jurisdições e de atendimento de saúde e outros fatores (por exemplo, cultura, personalidade e história) que afetam a situação individual (EARLY, 2004).

Assim o Terapeuta Ocupacional endossa a prática centrada no cliente, envolvendo o paciente em todos os estágios da tomada de decisões, começando pela avaliação. Para tornar esse ideal uma realidade clínica, aborda-se o paciente para que este seja um co-participante em seu plano de tratamento, ajudando-o a identificar e priorizar metas, bem como a considerar e selecionar abordagens de intervenção.

Verifica-se então que as ações dos profissionais de reabilitação da Terapia Ocupacional na rede básica de saúde são possíveis e necessárias de ser realizada, oferecendo diversas modalidades de atendimento em ligação com o processo de trabalho do Programa Saúde da Família, desenvolvendo conjuntamente ações referentes ao nível primário e secundário no território, possibilitando a comunidade uma nova visão em relação à questão da inclusão social dando possibilidade de significação o para o que é deficiência e incapacidade para pessoa portadora de deficiência, família e comunidade, além dos gestores e profissionais da saúde.

A experiência é profícua, porém a proposta do Ministério da Saúde é a criação de núcleos de referência onde insere o terapeuta ocupacional para atuar com os profissionais da Equipe Saúde da Família.

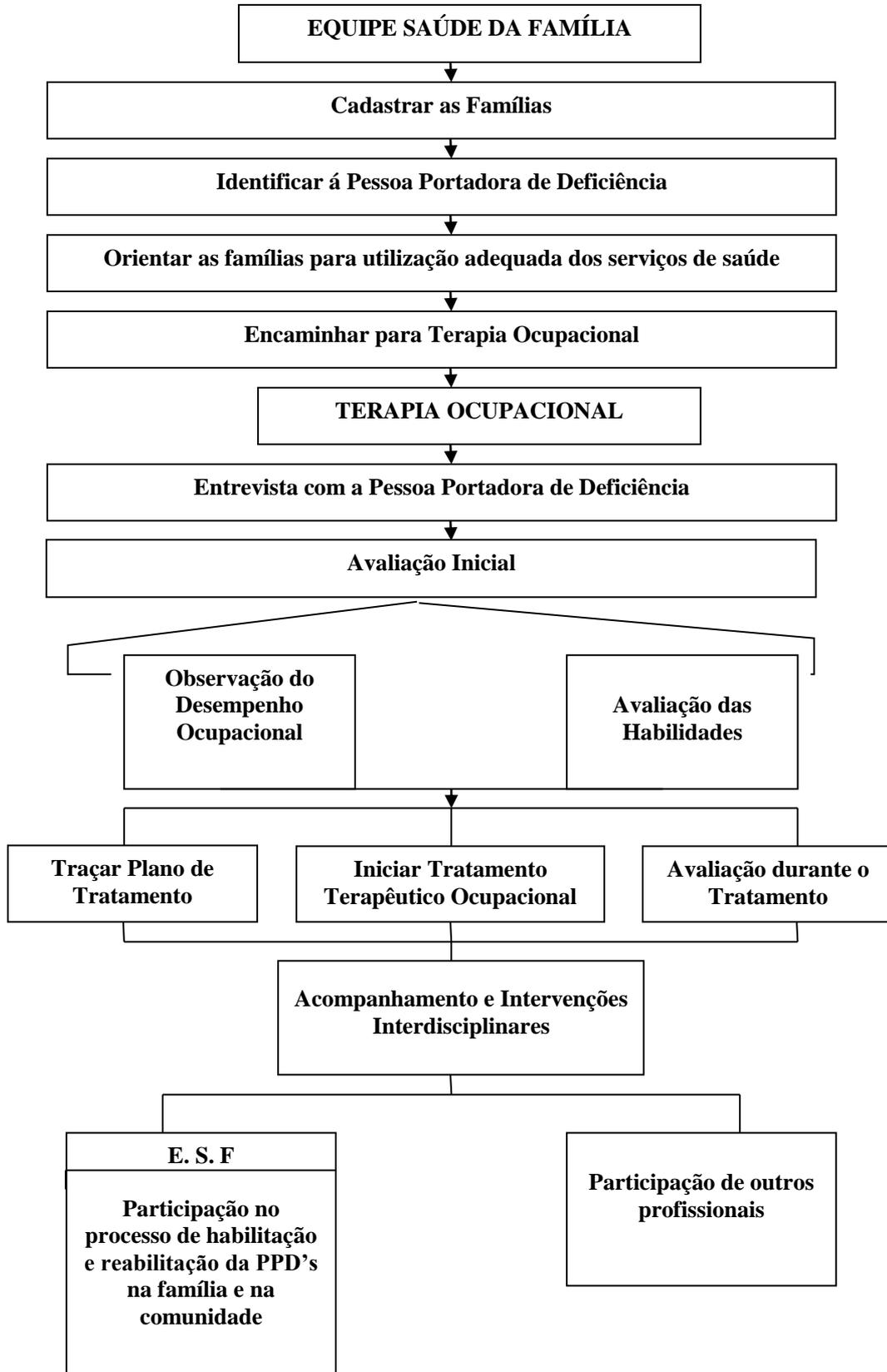
Diante do aprofundamento teórico das práticas do Terapeuta Ocupacional, do reconhecimento de sua relevância na atenção integral a Pessoa Portadora de Deficiência, pode-se propor um fluxograma de referência e contra-referência a Pessoa Portadora de Deficiência a partir do Programa Saúde da Família (Fluxograma).

Cabe aos profissionais que Integram a Equipe Saúde da Família, conhecer as realidades das famílias com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, e assim realizar o cadastramento das famílias, sendo esse trabalho feito nos domicílios de sua área de abrangência, identificando os problemas de saúde e situações de risco, mais comuns aos quais a população está exposta e desta forma orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento necessário.

E dentre esses acompanhamentos identificar as Pessoas Portadoras de Deficiência e encaminhar para o atendimento correspondente, onde nesse quadro pode-se destacar a atuação do Terapeuta Ocupacional, no qual realizará entrevista com o cliente e responsável, dando início a avaliação, fazendo observação do desempenho ocupacional e avaliações das habilidades, para dessa forma traçar o plano de tratamento terapêutico ocupacional, tendo com isto os objetivos de estabelecer as prioridades do cliente para o tratamento, descrever a potencial situação do cliente após o tratamento, e estabelecer diagnóstico terapêutico ocupacional.

Esse tratamento pode ocorrer através de acompanhamentos e intervenções interdisciplinares onde a equipe saúde da família, participa no processo da habilitação e reabilitação da Pessoa Portadora de Deficiência com o objetivo de estabelecer a inclusão social, proporcionando atendimentos diferenciados na comunidade.

7.1 Fluxograma: Proposta de atendimento e intervenção para pessoas portadoras de deficiência com abordagem pela Equipe Saúde da Família e pelo terapeuta ocupacional



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luz do referencial teórico estudado, com ênfase na Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência nos Princípios e Diretrizes da Estratégia Saúde da Família e Campo de Atuação do Terapeuta Ocupacional pode-se concluir que esse estudo foi importante para se tornar evidente a relação entre essas três interfaces, demonstrando que é possível manter uma co-relação entre eles, propiciando um estudo claro e amplo sobre o tema proposto.

Assim diante do tema exposto, procura-se esclarecer a sociedade sobre a necessidade de melhor entendimento dos termos deficiência, incapacidade e principalmente qual é o seu significado para o indivíduo portador de deficiência, demonstrando a defesa da preservação da autonomia desses indivíduos, através do atendimento de qualidade que se faz valer por meio de leis defensoras da atenção integral à Pessoa Portadora de Deficiência e abordagem adotada pelo Programa Saúde da Família, além da contribuição do profissional da Terapia Ocupacional.

Através do tratamento terapêutico ocupacional busca-se o alcance da funcionalidade e independência em todos os seus aspectos, utilizando como recurso atividades estruturadas que envolvem o paciente desde a avaliação até elaboração do plano de tratamento, propiciando uma adaptação satisfatória de forma a habilitá-lo ou reabilitá-lo dentro de seu estilo de vida, tentando eliminar as barreiras físicas e sociais que o envolvem, dessa forma se faz importante a presença desse profissional que tem íntima relação com as ações de Atenção Básica do Programa Saúde da Família, contribuindo para o alcance da funcionalidade desses indivíduos, capacitando-os para uma vida integrada em todos os sentidos.

REFERÊNCIAS

ALTAVILA, I. de. **Origem dos direitos dos povos**. São Paulo: Iccone, 1989.

ANTONELI, M. R. M. C. Queimaduras: terapia ocupacional. In: In: TEIXEIRA, E.; SAURON, F.N.et al. In: **Terapia ocupacional na reabilitação física**. São Paulo: Roca, 2003.

ARAÚJO, L. A. D. **Proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência**. Brasília: CORDE, 2003.

ASSIS, O.Q.; PUSSOLI, L. **Pessoas portadora de deficiência: direitos e garantias**. São Paulo: Edipro, 1992.

ATÍLIO, Jorge Rocha. **Bizu – fisioterapia e terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Rubio, 2002.

BECCARIA, Cesare Bonesana. **Dos delitos e das penas**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BENETTON, Jô. **Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional**. São Paulo: CETO, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização dos textos por Juarez de Oliveira. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 1993. (Coleção Saraiva de Legislação).

_____. **Decreto nº. 3298, de Dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei nº. 7.853 de 24 de Outubro de 1989. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da pessoa portadora de deficiência, consolida às normas de proteção e de outras providencias. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 30 out. 2006.

_____. **Lei Nº. 7853, de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, CORDE, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde**: planejamento e organização dos serviços. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.

_____. Coordenação Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Direitos e garantias**. Brasília: CORDE, 1998.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Guia prático do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (reprodução parcial). In: SIMÕES, Vanda Maria Ferreira; TONIAL, Sueli Rosinha; GAMA, Mônica Elina Alves (Orgs). **Políticos de saúde e introdução á estratégia de saúde da família**. São Luis: LABORO-Centro de Excelência em Pós-Graduação, 2005.

_____. Secretaria da Saúde. **Portaria nº. 1065/GM de 4 de Julho de 2005**. Disponível em: <<http://www.crefito3.com.br>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BURTON, Gordon. Aspectos psicossociais e ajustamento durante as várias fases da incapacidade neurológica. In: UMPHRED, Darcy Ann. **Fisioterapia neurológica**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1994. cap. 7.

CAMPOS, G. P. W. et al. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. In: PEDROSO, C. M. F. **Promoção e vigilância em saúde**. São Luis: LABORO-Centro de Excelência em Pós-Graduação, 2005.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B. A. Organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. Org. **Bases da coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

CASTRO, A.A. Formulação da pesquisa. In: CASTRO, A. A. **Revisão sistemática com e sem metanálise**. São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <<http://www.metodologia.org>>. Acesso em: 7 ago. 2006.

CASTRO, Eliane Dias de et al. Atividades humanas e a terapia ocupacional. In: DE CARLO, Marysia M. R; BARTALOTTI, Celina Camargo. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexos, 2001. cap. 2.

COOPPERMAN, Lois F. et al. Doenças neurodegenerativas. In: TROMBLY, Catherine a.; RADOMSKI, Mary Vining. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. São Paulo: Ed. Santos, 2005.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Caderno Saúde da Família**, Brasília, v.1, n. 1, p.10-15, jan - jun.1996.

CORDONI JR., L. **Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira**. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

COSTA, E. S. et al. **Aspectos demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos da área de abrangência da equipe saúde da família do bairro do Planalto, Imperatriz (Ma) no ano 2003.** Imperatriz, 2003.

CUNHA, A. B. **Impacto da estratégia de saúde da família sobre o estado nutricional infantil.** São Luis: UFMA, 2001.

DE CARLO, Mara Rodrigues do Prado; LUZO Maria Cândida de Miranda (Org.). **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares.** São Paulo: Roca, 2004.

DE CARLO, Marisya M.R. Prado; BARTALOTTI, Celina Camargo. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas.** São Paulo: Plexus, 2001.

EARLY, Mary Beth. Processo de terapia ocupacional geral. In: PEDRETTI, Lorraine W.; EARLY, Mary Beth. **Terapia ocupacional, capacidades práticas para as disfunções físicas.** 5.ed. São Paulo: São Paulo: Roca, 2004.

FALCÃO, Ilka Veras. **A incapacidade com expressão do acidente vascular cerebral precoce: seu impacto na integração social de adultos moradores do Recife.** 1999. 127f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Aggeu Magalhães, Recife-PE, 1999.

FEIJÓ, Alessandro Rabani Aragão. **PPD - Direitos Humanos e Proteção Jurídica da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos, 2002.

FINGER, Jorge Augusto Ortiz. **Terapia ocupacional.** São Paulo: Sarvier, 1986.

FRANCISCO, Berenice Rosa. **Terapia ocupacional.** 2. ed. São Paulo: Papyrus, 2001.

FRIES, J. F. Doenças músculo esqueléticas e do tecido conjuntivo. In: CECIL, R. F.; WYNGAAROEN, J. B; SMITH, L. H. **Tratado de Medicina Interna.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. p. 1519-1542.

HAGEDORN, Rosemary. **Fundamentos da prática em terapia ocupacional.** São Paulo: Dynamis, 1999.

HAHN, M. S. Promoção de saúde e terapia ocupacional. **Revista do centro de estudo de Terapia Ocupacional,** São Paulo, v.1, n. 1, p.10-12, 1995.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição.** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1991.

HUF, Dulce Dirclair. Breve histórico da terapia ocupacional. In: MOULARD, Gilberto Verardo. **Psicologia e terapia ocupacional**: refletindo um caminho para a saúde mental. Campo Grande, MS: Solivros, 1998. cap. 3.

KEBBE, Leonardo Martins. **O uso das atividades em grupos terapêuticos e suas especificidades: subsídios para o debate sobre grupos de terapia ocupacional**. 2002. 224f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2002.

LASSALE, Ferdinand. **A essência da Constituição**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 1998.

LIMA, Niusaret Margarida de. **Pessoa Portadora de Deficiência**. 3. ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 2001.

LOBÃO, T. C. C. **Análise da visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde às gestantes do programa de saúde da família da Vila Esperança**. São Luis: [s.n], 2001.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática”-Anos 80. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde de distrito sanitário**. Projeto GERUS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1995.

MAXIMINO, Viviane Santalucia. **A constituição de grupos de atividades com pacientes psicóticos**. 1997. 192f. Dissertação (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1997.

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

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional**. Tomo IV. 2. ed. Coimbra, 1998.

MONTESQUIEU. **Do espírito das leis**. São Paulo: Abril Cultural, 1962.

NEISTADT, Maureen E.; CREPEAU, Elisabeth B. **Willard & Spackman**: terapia ocupacional. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 37.

NEWMAN, Elisabeth. Disfunção ortopédica e músculo esquelético em adultos. In: NEISTADT, Maureen E.; CREPEAU, Elisabeth Blesidell. **Willard & Spackman Terapia Ocupacional**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 37.

OLIVEIRA, J. A. A; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, M.S.C.M. de. Queimaduras: aspectos clínicos. In: TEIXEIRA, E.; SAURON, F.N. et al. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo: Roca, 2003. p.101-102.

OLIVER, Fátima Corrêa. O problema da incapacidade e da deficiência. **Revista da Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 2, n. 2-3, p. 66, jun./set. 1991.

PEDROSO, C. M. F. **Promoção e vigilância em saúde**. Conceição de Maria Prado e Silva; Lúcio Antonio Alves de Macedo; Vicente Gonçalves Neto (Orgs.). - São Luis: LABORO-Centro de Excelência em Pós-Graduação, 2005.

PEREIRA, Dagmar Borges. A incorporação da deficiência física pelos pacientes com seqüela de acidente vascular cerebral: um estudo de caso sobre a reconstrução da identidade. **Cadernos de terapia ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 6, n. 2, p. 85, jul./dez. 1997.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M.R. **Programa de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência e incapacidades no PSF/QUALIS-SP – Zona Leste e Sudeste do município de São Paulo**. São Paulo, 2000. Projeto técnico aprovado e implantado pela Secretária de Saúde do Estado de São Paulo em agosto de 2000.

ROCHA, E. F.; SHIMIZU, P.N.; BARRALES, L. M. Estágio de terapia ocupacional no programa saúde da família: reflexões sobre uma parceria didático-assistencial entre o REATA/SUS e o PSF/QUALIS-SP. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v.13, n.3, p.104-110, set./dez.2002.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TAVARES, F. C. **Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Brasília: OIKOS, 2006.

TINOCO, Andréa Fabíola. Ser terapeuta ocupacional. In: ATÍLIO, Jorge Rocha. **Bizu – fisioterapia e terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Rubrio, 2002.

TROMBLY, Catherine Neeane. **Terapia ocupacional para a disfunção física**. 5. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2005.

WEST, S. G. **Classificação das doenças reumáticas e seu impacto na saúde: Segredos em reumatologia: respostas necessárias ao dia a dia em rounds na clínica, em exames orais e escritos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

YESNER, Helen J. Diagnóstico psicossocial e serviço social: um aspecto do processo de reabilitação. In: FEIJÓ, Alexsandro Rahbani Aragão. P. P. **Direitos humanos e proteção jurídica da PPD**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos, 2002.

ANEXO A - Portaria nº1065/GM de 4 de julho de 2005

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerando a importância do estímulo a modos de viver não-sedentários, tendo em vista que o risco de doenças cardiovasculares e os agravos em decorrência de hipertensão arterial e diabetes mellitus estão relacionados, dentre outros fatores, com o não envolvimento em quaisquer práticas corporais;

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

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

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

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

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

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

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

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

R E S O L V E:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Alimentação/Nutrição e Atividade Física – nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais;
- II - Atividade Física - profissional de educação física e instrutor de práticas corporais;
- III - Saúde Mental - psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do psicólogo ou de psiquiatra e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados;

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

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

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

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

Art. 9º Determinar que os municípios de que trata o artigo 8º desta Portaria possam implantar, para fins de financiamento, um Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família para cada 9 a 11 equipes da Saúde da Família, optando por implantar uma, duas, três ou as quatro modalidades, de acordo com suas possibilidades e necessidades.

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

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

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

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

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

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

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

MINISTRO HUMBERTO COSTA

Moraes, Adriana Dias

Atuação do Terapeuta Ocupacional frente a Pessoa Portadora de Deficiência no Âmbito do Programa Saúde da Família. / Adriana Dias Moraes, Adriana Sousa Martins. – São Luís, 2007.

49 f.

Monografia (Especialização em Saúde da Família) - LABORO - Excelência em Pós - Graduação/ Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Atuação do Terapeuta Ocupacional. I.Martins, Adriana Sousa II. Título.

CDU 615.851.3