

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

**ARLETE SANDRA PENHA MOREIRA
FRANCINILTON PEREIRA DA SILVA
LÍLIAN WAQUIM GOMES**

NÚCLEOS DE SAÚDE INTEGRAL:
ampliando a atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família
e identificando um campo de intervenção do Terapeuta Ocupacional

São Luís
2008

**ARLETE SANDRA PENHA MOREIRA
FRANCINILTON PEREIRA DA SILVA
LÍLIAN WAQUIM GOMES**

NÚCLEOS DE SAÚDE INTEGRAL:
ampliando a atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família
e identificando um campo de intervenção do Terapeuta Ocupacional

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em
Saúde da Família da Laboro – Excelência em Pós-
Graduação – Universidade Estácio de Sá para obtenção
do título de Especialista em Saúde da Família.

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

São Luís
2008

**ARLETE SANDRA PENHA MOREIRA
FRANCINILTON PEREIRA DA SILVA
LÍLIAN WAQUIM GOMES**

NÚCLEOS DE SAÚDE INTEGRAL:
ampliando a atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família
e identificando um campo de intervenção do Terapeuta Ocupacional

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em
Saúde da Família da Laboro – Excelência em Pós-
Graduação – Universidade Estácio de Sá para obtenção
do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

Profª. Rosemary Lendholmr (Examinadora)
Mestre em Saúde da Família
Universidade Federal do Ceará - UFC

A Deus, fonte de vida.

AGRADECIMENTOS

Arlete Sandra Penha Moreira

A Deus pela conclusão de mais uma etapa da minha formação profissional.

Aos meus pais pelo apoio, incentivo, força, amor e carinho incondicionais que me fortalece a cada caminhada a ser cumprida.

Aos meus irmãos Gilson, Elma, Raimunda (*in memoriam*) e Cleane pelo apoio, união e amor fraterno.

Aos meus sobrinhos Luisa Helena e José Benedita, duas bênçãos dadas por Deus que nos estimula a vencer qualquer obstáculo nessa vida.

As minhas amigas Lilian, Auriete pelo incentivo constante.

A Marinalva, Wagner pela companhia e pelo cuidado para com meu pai, quando necessitava assistir aula nos finais de semana.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra me ajudaram a alcançar mais uma vitória.

A professora Mônica pela paciência, compreensão, respeito e exemplo pessoa.

A família Laboro, professores, recepcionistas, bibliotecários e outras pela atenção, apoio e incentivo constantes.

Francinilton Pereira da Silva

Reservo este espaço para registrar minha gratidão a todos que contribuíram de alguma forma para o êxito deste estudo.

A meus pais e parentes por compartilharem comigo os meus sonhos e ideais, incentivando-me a seguir minha profissão com dedicação.

A minha irmã Fábيا Silva pela compreensão e ajuda nas horas difíceis.

Em especial a meu pai, Francisco Pereira e minha mãe Marienilde Pereira pelo incentivo e incondicional apoio nas horas de desistência; incentivando-me a seguir minha profissão com dedicação, motivo pelo qual eu amo tanto.

E acima de tudo a Deus todo poderoso que sempre me iluminou e guiou-me nesta jornada.

Finalmente, a todos que me ajudaram nesta caminhada que já se faz longa. Embora me falhe a memória, meu coração jamais deixará de abrigá-los.

Lílian Waquim Gomes

Acredito que todos os acontecimentos da minha vida são obras de Deus. Através Dele conheci e tenho pessoas que foram e são fundamentais para este crescimento.

Aos meus filhos Laurent, Lucas e Luisa Helena que são minha base, meu ponto de equilíbrio e meu porto seguro.

A meus pais, Raimundo Gomes Filho e Frynéia Waquim Gomes pelo apoio e amor incondicional.

Aos meus irmãos Vivian e Rômulo pelo carinho e compreensão.

À professora e orientadora Dr^a Mônica Elionor Alves Gama Mônica, pela orientação e pelo apoio durante a execução deste trabalho.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a efetivação deste trabalho os meus mais sinceros agradecimentos.

O ideal consistirá na harmonia entre todas as componentes identificáveis no ser humano. A um maior grau de harmonia corresponde, certamente, maior unificação de vida e maior grau de bem-estar. Se é harmonia, a saúde implica a conjugação de muitos elementos e só existirá quando todos os elementos se interligarem uns com os outros e se conjugarem em ordem a um fim comum.

D. José Francisco Sanches Alves

RESUMO

A proposição deste estudo sobre os Núcleos de Saúde Integral enfatiza as ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca reorientar o sistema de saúde brasileiro, antes apenas curativo e reabilitador; explicitam-se as ações e serviços de saúde propostos, bem como seus princípios e diretrizes organizacionais. Ressalta a importância da atuação dos profissionais de saúde, integrados na base de sua criação, para os cuidados da saúde das populações em territórios específicos, e identifica o terapeuta ocupacional como agente integrado ao programa que passa a se comportar como multiplicador dos processos de educação em saúde e como interveniente nos processos de reabilitação, atuando na saúde individual e coletiva das populações. Dá destaque às intervenções do terapeuta ocupacional, no espaço ESF, através das suas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, priorizando as modalidades que se incluem reabilitação de pessoas e famílias com sofrimento psíquico decorrentes de incapacidades, vítimas de violência, grau de vulnerabilidade causado por estados físicos patológicos, dentre muitos fatores conforme a necessidade exigida pela região específica.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Núcleos de Saúde Integral.
Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The proposition of this study on the Nuclei of Integral Health emphasizes the actions of the Strategy of the Health of the Family (ESF), that it looks for to reorient the Brazilian system of health, before just curative and makes to rehabilitate and explicit the actions and services of health proposed, as well as their beginnings and organizational guidelines. It emphasizes the importance of the professionals' of health performance, integrated in the base of creation, for the cares of the health of the populations in specific territories, and it identifies the occupational therapist as agent integrated to the program that passes behaving as multiplier of the education processes in health and as intervening in the rehabilitation processes, acting in the individual and collective health of the populations. It gives prominence to the occupational therapist's interventions, in the space ESF, through their promotion actions, prevention and recovery of the health, prioritizing the modalities that people's rehabilitation and families are included with current of incapacities psychic suffering, violence victims, vulnerability degree caused by pathological physical states, among many factors as the need demanded by the area specifies

Key words: Strategy Health of the Family. Nuclei of Integral Health. Therapy Occupational.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	13
3.1	Geral	13
3.2	Específicos	13
4	METODOLOGIA	14
5	O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: REGULAMENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO	15
6	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO EIXO ESTRUTURANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
6.1	Breve Histórico	21
6.2	Princípios Gerais	22
6.3	Atribuições comuns a todos os profissionais que compõem a equipe básica	24
7	OS NÚCLEOS DE SAÚDE INTEGRAL: GARANTINDO A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL	27
8	O CAMPO DE ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL	31
8.1	Aspectos Históricos	31
8.2	A Intervenção do Terapeuta Ocupacional	34
8.3	O Terapeuta Ocupacional na Estratégia Saúde da Família: uma possibilidade de trabalho compartilhado	36
8.3.1	A intervenção do terapeuta ocupacional na Estratégia Saúde da Família	38
8.3.2	Intervenções terapêuticas específicas	39
9	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	45
	ANEXOS	48

1 INTRODUÇÃO

Os relatos históricos no cenário da saúde no território Brasileiro ressaltam o Sistema Único de Saúde no Brasil, onde a evolução da saúde está diretamente relacionada com a evolução da própria sociedade em que está inserida, tanto do ponto de vista de desenvolvimento científico como sócio-econômico. A saúde vem passando por grandes transformações, principalmente no que diz respeito ao modelo de saúde adotado, passando de um modelo centrado no hospital, curativo e reabilitador, para um modelo assistencial novo onde a promoção da saúde, a prevenção, a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais da saúde são suas principais características (ELIAS,1996).

Neste sentido, entende-se saúde não como ausência de doença, mas como busca da qualidade de vida do indivíduo, devendo, portanto romper os estreitos limites da assistência curativa. Entretanto, dentro desse contexto, é determinado pela Constituição Federal de 1988, oferecer aos cidadãos acesso universal ao sistema complexo, coordenando os esforços de todas as esferas de governo além da participação da sociedade (JUNQUEIRA, 1997).

Para que seja possível o acesso pleno à saúde pela população e a concretização das propostas das políticas de saúde do país, faz-se necessário uma transformação radical do modelo de atenção, ainda vigente, para uma concepção ampla de saúde e principalmente a capacitação de recursos humanos para o processo de reorganização da atenção básica em saúde propostas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 1996).

Para conseguir a transformação dessa realidade, o MS criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), nominado atualmente, Estratégia Saúde da Família (ESF), por concentrar atenção na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, trouxe como objetivo central à abordagem de promoção e prevenção da saúde, criado a partir dos princípios do Serviço Único de Saúde (SUS), onde propõe um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e a promoção da saúde da família (BRASIL, 1997).

A esse respeito, é interessante ressaltar que é no local, mais próximo da população, que podem ser identificadas as necessidades e características próprias das comunidades. E, a partir desta assistência, tornam-se imprescindível à saúde da

população as ações e serviços de saúde visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1997).

Esse programa atua com base nas ações e serviços de saúde desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar que, inicialmente, envolve médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A partir dos levantamentos epidemiológicos estudados nas famílias atendidas pelo programa, verificou-se a necessidade da inclusão de outros profissionais da área de saúde para que o atendimento seja efetivamente de forma integral (BRASIL, 2000)

No cenário das necessidades do sistema de estratégias para as compensações de saúde nos territórios específicos de atuação do ESF, à saúde integral das populações incluem-se os Núcleos de Saúde Integral, que abrem as áreas de atuações de profissionais para o bem-estar integral das pessoas e das famílias, foco principal do sistema, para solução de problemas físicos e mentais, priorizando minorar os mesmos. Dentre as necessidades das ações de cada ESF, vários profissionais se agregam ao programa, como a princípio, nutricionistas, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, sendo esta última modalidade de profissional da saúde, a sua participação direta nas atividades dos núcleos de saúde referidos (DE SIMONI, 2007).

Nesse computo, são pontuados em primeiro momento, a justificativa do estudo, apresentação dos objetivos propostos, seguido da metodologia utilizada para sua construção, explanação sobre o Sistema de Saúde no Brasil, seguindo com do sistema ESF como estratégia de reestruturação do modelo assistencial de saúde brasileiro, implantação dos Núcleos de Saúde Integral, e em último momento as atividades desempenhadas pelo terapeuta ocupacional no ESF na contribuição para recuperação da saúde, no seu âmbito de ação, conferindo a conclusão do estudo.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo presente estudo deu-se a partir da observação do contexto atual de saúde pública, no qual se percebe ampla divulgação da Estratégia Saúde da Família – ESF, como instrumento utilizado para a promoção, prevenção e proteção à saúde.

Com base nessa perspectiva, pretende-se destacar a importância da inclusão dos Núcleos Integral de Saúde às ESF, observando esse fato como sendo um campo aberto para a inclusão da Terapia Ocupacional, nessa estratégia, como apoio às equipes de saúde, uma vez que esta atividade propõe-se a exercer suas funções nos aspectos biopsicossocial, contemplando às populações em seus territórios específicos, a participar das ações para melhoria da qualidade de vida tanto no campo físico, como mental, no âmbito do trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Destacar a importância dos Núcleos de Saúde Integral que ampliam a atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família, identificando um campo de intervenção para o Terapeuta Ocupacional

3.2 Específicos

Apresentar as ações da Estratégia Saúde da Família como programa voltado para populações de risco ou com vulnerabilidade;

Estudar as portarias expedidas pelos órgãos governamentais que ampliaram as ações da ESF com a inclusão dos Núcleos de Saúde Integral;

Avaliar as ações do terapeuta ocupacional junto aos Núcleos de Saúde Integral.

4 METODOLOGIA

O tipo de investigação deste estudo foi de carácter descritivo com utilização de pesquisas pertinentes, documentais junto às portarias expedidas pelos órgãos competentes na administração da saúde no país.

4.1 Revisão da Literatura

Ingressou seguidamente no aspecto de revisão na literatura para fundamentação das informações sobre a implantação de programas criados para controle e prevenção de complicações de saúde, relativos à iniciativa da criação da Estratégia Saúde da Família, suas atividades para minorar problemas de saúde das populações alcançadas e pontuando a integração dos Núcleos de Saúde Integral ao sistema de controle de saúde em referencia.

- **Localização e seleção de estudos:**

A base metodológica contemplou a pesquisa bibliográfica em manuais de saúde, artigos, portarias expedidas pelas entidades governamentais na área de saúde, pesquisas eletrônicas, que buscou ao seu fim generalizar qualitativamente este estudo.

- **Período**

As referências cronológicas das publicações encontradas para a exposição dos dados referidos na construção deste trabalho ficaram entre o período de 1986 a 2007, havendo busca às pesquisas através das palavras-chave: Saúde como Direito, Políticas Públicas de Saúde, SUS, PSF, ESF, Saúde Integral, Promoção de Saúde, Saúde Física e Mental, Reabilitação, Terapia Ocupacional, Multiprofissionalidade na Saúde.

- **Análise e apresentação dos dados:**

Campo de atuação do terapeuta ocupacional

Princípios e diretrizes da Estratégia da Saúde da Família.

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

5 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: REGULAMENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Os elementos históricos no que respeita o sistema de saúde no Brasil, dentro das considerações literárias apresentam o transcurso de sua evolução. De acordo com Finkelman (2002, p. 38), “as imagens que associam o Brasil as doenças, especialmente às de natureza transmissível, ao contrário do que a primeira impressão pode indicar são relativamente recentes em nossa história”.

Até a 2ª metade do século XIX, prevalecia a idéia de “um mundo sem mal”, caracterizado por uma natureza e um clima benévolos e pela longevidade de seus habitantes, conforme expressão utilizada por Sérgio Buarque de Holanda, em *Visões do Paraíso*, para se referir às impressões suscitadas pelos textos de Cronistas e Viajantes. Afirma Finkelman (2002, p. 40), “a história da saúde pública no Brasil é em larga medida uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais”.

No início do século XX, o café era o principal produto que gerava uma economia baseada na agro-exportação. E o modelo das campanhas sanitárias servia ao propósito de evitar doenças que pudessem prejudicar as exportações (como cólera, peste e varíola), isso porque mantinha os portos e locais de circulação das mercadorias, todos saneados. A esse respeito, Finkelman (2002, p. 319) afirma que a saúde no Brasil emergiu no século XX, com:

[...] a implantação da economia exportadora do café na região sudoeste. A melhoria das condições sanitárias, entendida então como dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, tornou-se uma efetiva política de Estado, embora essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo.”

Uma imensa urbanização se deu no início da década de 1930, devido à desvalorização do café no mercado internacional; tudo isso, associado a outros fatores econômicos e políticos importantes. Esse fato terminou por formar uma classe de trabalhadores assalariados, vindo principalmente da indústria e do transporte. Em decorrência da industrialização e da urbanização crescentes, o modelo do sanitário campanhista passou a ser insuficiente às necessidades econômicas, sendo trocado progressivamente por um modelo médico-assistencial privatista e hegemônico, tudo isso, por quase três décadas. De acordo com Carvalho; Martin; Cordoni Júnior, (2001), esse modelo caracterizou-se por uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento à

saúde pública.

Carvalho; Martin; Cordoni Júnior (2001) enfatiza que até os anos 60, a intervenção do governo central era vista como proposta positiva para o desenvolvimento, atualmente preconiza-se a descentralização do poder e considera-se a centralização como um sério obstáculo ou como característica de subdesenvolvimento, e a perda do poder aquisitivo e o crescimento da população urbana desencadearam uma crise generalizada em todo o país no final da década de 70. Com a insatisfação expressada em todas as áreas, a saúde também foi afetada. Nesse contexto político-econômico originaram-se as primeiras discussões em busca de reforma nas políticas públicas de saúde, além da organização do movimento pela RSB, cujo objetivo era formular pensamentos críticos na política da saúde.

Para atender as diferenças inter e intra-regionais, moralizar a organização do setor público, torná-lo mais eficaz e produtivo e transformar a saúde em direito de ser humano, fez-se necessária uma reforma sanitária, ou seja, uma mudança no sistema centralizado de saúde, como adianta Carvalho; Martin; Cordoni Júnior (2001), nas suas referidas análises.

Um dos eventos mais expressivos da saúde no Brasil aconteceu em março de 1986 - a 8ª CNS, onde o período de transição vivido pelo país, associado às novas perspectivas de trabalho no setor foram amplamente discutidas, O que originou uma nova proposta de estrutura e política nacional de saúde. E o que ficou definido neste evento, está amparado pelos artigos 196 a 200 Constituição Federal, pelas Constituições Estadual e Municipal, pela Lei Orgânica da Saúde, e foi rediscutido na 9ª Conferência Nacional de Saúde realizada em agosto de 1992 (GUIRLANDA, 2003).

Criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que dispõe a descentralização para devolver às Unidades Federadas e Municipais o poder político, administrativo e financeiro. Portanto, é na década de 80 que o SUS é apresentado no cenário nacional, como um degrau a mais, proposto pelo movimento da Reforma Sanitária. Mas foi em 1992, quando realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde que se discutiu a implementação do sistema e o processo de descentralização. As discussões decorrentes dessa conferência foram utilizadas para a elaboração da Norma Operacional Básica nº 01/93 (NOB 01/93) (BRASIL, 1993).

A procura de autonomia dos municípios e estados para uma gestão

descentralizada surge a NOB nº 01/96 (NOB/96). Nesta norma, constam as formas de repasses financeiros, a de previsão de incentivo para mudanças no modelo destinado à saúde, por meio do PAB, e a definição dos papéis dos níveis municipal, estadual e federal no âmbito do SUS (BRASIL, 1997).

A NOB de 96 foi importante, porque incentivou ações de vigilância epidemiológica ambiental e sanitária, e aos programas importantes como o PSF e o PACS. Todos os programas importantes porque suas ações constituem fator essencial na busca de um modelo de atenção integral à saúde. O SUS reúne um amplo conjunto de instituições gestoras e prestadoras de serviço do setor público de saúde, mantido pelas três esferas de governo, e que ampliado com a participação do setor privado sob uma relação contratual. O acesso universal por parte da população à atenção integral de saúde – um direito assegurado na Constituição Federal – depende dessa articulação entre prestadores públicos e privados em cada local (FINKELMAN, 2002, p. 268).

Ampliada à proposta da atenção básica a NOAS 95/2001 – vem definir as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver, como exemplo, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, diabetes e ações de saúde bucal, saúde da criança e da mulher. E é exatamente, dentro de todo esse contexto abrangente que gira em torno do ser humano, que o SUS desenvolve seus trabalhos. Sempre em busca da universalização igualitária dos direitos básicos do cidadão. A saúde pública já percorreu longa trajetória histórica, mas os desafios continuam, em cada profissional que desempenha seu trabalho com compromisso e responsabilidade (BRASIL, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) está regulamentado com a Lei nº 8.080/90, fica, portanto estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais das esferas federal, estadual e municipal, e também os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade pela concretização dos princípios constitucionais (BRASIL, 2003).

Com uma nova forma política e organizacional, o SUS surge com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. O SUS torna obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. É possível compreender

melhor o SUS, especialmente através de seu objetivo final que é dar uma assistência pública com base no modelo de promoção, proteção da saúde. De acordo com Solla apud BRASIL (2004, p. 7) relatou que:

“Durante o ano de 2003, no Ministério da Saúde ocorreram mudanças que dinamizaram a relação com os Estados e Municípios. Essas transformações foram importantes para os usuários do SUS, uma vez que permitiram a implantação de projetos e medidas que aumentaram e melhoraram o acesso da população à rede pública de saúde.”

O conceito de saúde trazido pelo SUS é bastante amplo. A saúde é compreendida como um direito de todos e um dever do Estado. Segundo Finkelman (2002, p. 292), “o SUS é produto de um processo social de participação da sociedade civil para garantir acesso universal e integral à saúde, portanto, faz parte do esforço da sociedade por qualidade de vida”. Este conceito é resultado de um processo de embates nos campos políticos e teóricos, e traz junto de si o histórico das dificuldades que a área de saúde enfrentou, mas também, traz a certeza de que a mudança desse quadro ultrapassa os limites restritivos da noção vigente.

Campos; Tonon; Oliveira Júnior (2001) assevera que enxergar a saúde apenas como vazio de doenças, só mostra um quadro cheio, não apenas das próprias doenças, mas também da exclusão, da insatisfação dos usuários, das desigualdades, da falta de comprometimento profissional e da busca da qualidade.

O autor ratifica que a transformação não só é a palavra como a atitude que deve ser tomada para enfrentar esta situação. É necessário mudar a concepção de saúde e de seus serviços, e até mesmo, da própria sociedade, pois é necessário observar que uma coisa era se deparar com a necessidade de aberturas de unidades, a contratação de profissionais e a compra de medicação; outra questão é a manutenção desse projeto através dos órgãos competentes no sentido de proporcionar ao cidadão uma política de saúde igualitária e com qualidade.

E para isso, é necessário possuir um conjunto de fatores, como alimentação, educação, emprego, lazer, moradia, etc. A saúde se mostra como um retrato das condições de vida. Segundo Campos; Tonon; Oliveira Júnior (2001, p. 113):

“Este conceito ampliado ao definir os elementos condicionantes da saúde; meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc); meio sócio-econômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos, etc); garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.”

Entretanto, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a

inexistência ou a baixa qualidade dos serviços de saúde; mas sim, com todo este conjunto de determinantes citados acima. Incorporar novas dimensões e se tornar bem mais responsável por conquistas, que anteriormente não pareciam suas porque se externavam a ela. O sistema de saúde deve, antes de tudo, manter boas relações com todas as forças políticas que caminhem na mesma direção, como o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, movimentos contra a violência no trânsito, movimento pela defesa do meio ambiente, reforma agrária, dentre outros (BRASIL, 1993).

O SUS, com este conceito forte e abrangente, torna-se um elemento a mais no movimento de construção da cidadania, isso porque os serviços oferecidos demonstram uma democratização interna de ações. Democratização esta, que é bem vista aos olhos da população, que é a maior beneficiada e participativa direta desse trabalho; portanto, o SUS surge como elo entre público e privado, entre o poder e o cidadão, entre a saúde e a qualidade de vida. Quanto aos seus princípios organizacionais, e de acordo com Constituição Federal (art. 196/88), consolidando o processo de evolução do sistema público, consagrou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde com direito de cidadania (BRASIL, 1993).

O Estado fica encarregado de planejar, programar e organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. O que fica claro em relação ao estado é, também, a coordenação dos serviços assistenciais. No entanto, a LOAS não se refere ao estado, similar ao definido para nível federal, assim como, não está prevista uma atuação reguladora dos serviços privados da saúde, nesse aspecto Finkelman (2002, p. 250) ressalta que:

“O Ministério da Saúde é o grande responsável pela estratégia nacional do SUS: planejamento; controle; avaliação; auditoria; promoção da descentralização; a definição e a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade.”

Carvalho; Santos (2002) dizem que o principal ativo na saúde e criação do SUS está o município que, por sua vez, fica responsável pela gestão, execução das ações e serviços públicos de saúde; planejamento; controle e avaliação; gestão dos laboratórios públicos de serviço e dos hemocentros; controle, avaliação e fiscalização das atividades de iniciativa privada. Ainda deve-se lembrar da inclusão da comunidade que com sua participação ao lado do governo atribui para a descentralização e surgimento de novas políticas públicas.

A publicação da NOAS – SUS 01/2001 foi resultado de um longo

processo de negociação, e teve como objetivo central promover a equidade na alocação de recursos e no acesso da população á ações e serviços da saúde em todos os níveis de atenção.

Finkelman (2002) comenta que NOAS diz respeito ao processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, isto é, com gestão do estado e parceria dos municípios o plano ficaria responsável em: Divisão do território estadual em regiões e micro regiões de saúde; Diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades da intervenção; A constituição de módulos assistenciais resolutivas; Os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade; A organização de redes assistenciais específicos; Plano diretor de investimento.

Dentre os artigos que compõem a organização do SUS, o art. 8º é bem generalizado e mais explicativo, afirmando que:

“As ações e serviços de saúde executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente.”

Segundo Carvalho; Santos (2002, p. 90), diante do texto da LOAS, “a organização do SUS consiste na estruturação de seus serviços e ações de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”.

Para que o SUS desempenhe bem a sua organização, fica claro que é necessário por parte do estado, ações de assistência a saúde pública com uso de recursos mais simples aos mais complexos. Notadamente, Carvalho; Santos (2002), afirma haver, pois, “uma hierarquização decorrente dos níveis de complexidade da rede de atendimentos”. Estes níveis surgem em forma de atendimento pessoal: nível de atenção primária (postos de saúde ou unidades básicas), níveis de atenção secundária, terciária e quaternária (hospitais de médio e grande porte).

Carvalho; Santos (2002) asseveram que por isso, chama-se nível de complexidade, porque avalia a complexidade de cada caso. Ainda assim, o SUS em sua organização tem um outro ponto importante a ser discutido. Um país tão grande como o Brasil, e com regiões demográficas tão diferentes, faz-se a descentralização, a municipalização e a regionalização; porque diante dos mais difíceis locais de acesso, a municipalização em conjunto com a descentralização, vem garantir mais rapidez no atendimento público à saúde.

6 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO EIXO ESTRUTURANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A ESF é a principal estratégia de organização da atenção básica. Ela prioriza as ações de promoção, proteção, recuperação da saúde, população e de toda sua área de abrangência, dando uma assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. O principal objetivo do ESF é a reorganização para que passe a existir, entre a comunidade e os profissionais da saúde, uma nova relação – de confiança, de atenção, de respeito. Essa nova relação é um dos principais pontos de apoio dos profissionais que compõem as equipes saúde da família (BRASIL, 2005).

É importante ressaltar, ao contrário da idéia que se tem sobre a maioria dos programas em nível central, a ESF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde: é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido. Faz-se necessário destacar, que o ponto de partida para um adequado desenvolvimento das ações de uma equipe de Saúde da Família é o diagnóstico da realidade a ser trabalhada. É com base neste diagnóstico, que todas as etapas do planejamento são construídas. Pode-se dizer que o diagnóstico tem duas fases fundamentais: a coleta de dados e a análise dos dados coletados (BRASIL, 2001).

Assim, os profissionais das equipes saúde da família e a população acompanhada criam vínculo de co-responsabilidade, o que facilita de forma dinâmica, para a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases de programação.

6.1 Breve Histórico

A história da ESF, inicialmente, Programa de Saúde da Família (PSF), teve início quando o Ministério da Saúde (MS) em 1991, propôs o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) como uma estratégia de implementação do SUS, que desenvolve atividades relacionadas à prevenção e educação em saúde,

implantado principalmente em municípios de baixa densidade populacional.

A partir de 1994, foram formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e dando retaguarda assistencial ao trabalho dos ACS, de maneira informal sem ser regulamentada pelo MS. Por volta de 1999, foi reconhecido pelo governo federal como uma estratégia na atenção básica e só foi regulamentada no ano de 2000. Desta forma, posteriormente, o MS propõe o Programa Saúde da Família (PSF), com estratégia de reestruturação do modelo assistencial dominante, constituído uma unidade prestadora de serviço e atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica (TEIXEIRA apud BRASIL, 2004).

Paim (1986) esclarece que a reorganização e a redefinição do setor de saúde no Brasil não parecem demandar por médicos de família. Nesse sentido, a priorização da atenção primária e o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do estado exigem opções mais criativas e realistas. A esse respeito é interessante ressaltar que a busca de alternativa passa, portanto, por novos caminhos, como exemplo o PSF.

Diante desse pressuposto, Souza apud BRASIL (2000, p. 15) afirma que o PSF não é uma proposta nova:

“[...] ela agrega saberes e práticas acumuladas há muito tempo por diversas pessoas e diversas instituições ao longo desse país. É preciso afirmar sempre que a Saúde da Família, como estratégia estruturada do modelo de assistência, precisa necessariamente representar uma prática que garanta o vínculo entre o serviço e a população. Se esse objetivo não tiver sido atingido estamos brincando ao dizer que a atenção básica está sendo reestruturada a partir dos princípios de Saúde da Família. As unidades básicas de saúde devem atuar com um território e uma população definidos sob sua responsabilidade. As equipes precisam ser resolutivas e oportunas no enfrentamento dos problemas, mas é preciso que incorporem verdadeiramente práticas de promoção à saúde, que mudem abordagem. É preciso que elas sejam capazes de impulsionar as ações intersetoriais.”

A ESF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde, além da assistência individual, como elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo, cujo foco se amplia para o indivíduo/família e a comunidade (TEIXEIRA apud BRASIL, 2004).

6.2 Princípios Gerais

Como mencionado anteriormente, entende-se que a estratégia do ESF

incorpora e reforma os princípios básicos do SUS, e está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que trabalha dentro de uma lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência. Nesse sentido, a principal função da USF “é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, da mulher, do idoso, enfim de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade” (BRASIL, 2001).

A USF trabalha com território de abrangência definido, ou seja, com um número fixo de famílias. De uma forma geral, recomenda-se que cada uma (01) ESF seja responsável pelo acompanhamento de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Cada ACS da equipe cobre uma área de aproximadamente 200 a 250 famílias. Essas definições dependem das realidades geográficas, econômica e sócio-política da área, levando-se sempre em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso à comunidade (BRASIL, 2001).

Implantar uma USF não significa construir novas unidades, mas readequar o funcionamento das existentes. Preferencialmente, a USF deve ser instalada em uma unidade básica de saúde já existente, seja um Centro de Saúde ou em um Posto. Porém, poderá haver adaptações em outras unidades, desde que sejam obedecidos os critérios de referência territorial e de facilidade de acesso da população. Estes aspectos são extremamente importantes para o seu adequado funcionamento (BRASIL, 2001).

É importante ressaltar que a equipe saúde da família configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vincular os membros de uma equipe, diferente do modelo biomédico tradicional, permitindo uma maior diversidade das ações. Desta forma, tal relação baseia-se na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, que requer uma abordagem que questione as certezas profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2001).

Nesta perspectiva, o modelo de trabalho desenvolvido na ESF é o de equipe, numa busca constante de comunicação e troca entre os saberes específicos dos profissionais da equipe e o saber popular do ACS e da população. A equipe saúde da família é responsável por realizar atividades de assistência integral e contínuas nas USF e nas residências, quando considerado necessário pelos ACS

(que são elos fundamentais entre a comunidade e os serviços de saúde), promover com a equipe saúde da família atividades com grupos (nas diferentes fases da vida) e mobilizar a comunidade para trabalhos intersetoriais (BRASIL, 2001).

As Equipes de Saúde Família (ESF) contam com as Equipes de Saúde Bucal (ESB). Cada equipe saúde da família é composta, no mínimo, por 1 médico generalista (com conhecimento clínico geral), 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. Cada ESB, por sua vez, conta com 1 dentista, 1 Técnico de Higiene Bucal (THB) e 1 Atendente de Consultório Dentário (ACD) (PSF, 2005).

6.3 Atribuições comuns a todos os profissionais que compõe a Equipe Básica

De acordo com o MS (BRASIL, 2003) as atribuições comuns aos componentes dos profissionais do ESF são:

- a) conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas, epidemiológicas;
- b) identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- c) elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocarem risco à saúde;
- d) executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases da vida, do ciclo da vida;
- e) valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- f) realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- g) resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;
- h) garantir acesso comunidade no tratamento dentro do sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- i) coordenar, participar e/ou organizar grupos de educação para a saúde;

- j) fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais;
- k) incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde;
- l) promover ações intersetoriais com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- m) prestar assistência integral à população adstrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada.

Percebe-se em Souza (2000) que em relação a esta última atribuição dos profissionais da equipe saúde da família, o terapeuta ocupacional é peça fundamental, pois atua nos níveis primário, secundário, e terciários; ações e serviços de saúde, promovendo ao indivíduo um atendimento de forma integral em prol de uma qualidade de vida.

Um dado importante a ser ressaltado, é que para garantir qualidade no atendimento da população, tornou-se essencial à presença de uma educação continuada das equipes envolvidas na operacionalização da estratégia do PSF. Por esse motivo, o Ministério da Saúde, em 1997, promoveu a implantação de Pólos de Capacitação, que apresentam o estágio do desenvolvimento de uma importante estratégia de articulação ensino-serviço, destinada à qualificação dos profissionais de saúde, no sentido de consolidar um Sistema de Saúde fundamentado nos princípios da equidade, integralidade e universalidade da atenção (SOUZA, 2000).

De acordo com o ex-ministro José Serra apud BRASIL (2000), a iniciativa da criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família é fundamental para o avanço do programa. A insuficiência de recursos humanos preparados é um problema crítico que deve ser enfrentado de forma permanente. Não se trata apenas de formar pessoas, tem que manter um processo contínuo de reciclagem.

Os profissionais da equipe saúde da família não estão capacitados para atuar de forma integral na saúde da população, visto que a sua formação profissional ou os conhecimentos adquiridos através da educação continuada (Pólos de capacitação) não englobam conhecimentos específicos de outros profissionais, como: assistência e inclusão social de deficientes, orientação da elaboração de cardápios em creches e escolas com treinamento para os manipuladores de

alimentos, tratamento de deficientes auditivos, visuais, tratamento dos distúrbios mentais e neurológicos, etc. Então, torna-se necessária, a inclusão de outros profissionais da área de saúde devidamente capacitados, para que se cumpra efetivamente o atendimento à população, onde irão atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde como: nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeuta, assistente social, educador físico e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2000).

7 OS NÚCLEOS DE SAÚDE INTEGRAL: GARANTINDO A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL

A trajetória evolutiva da assistência médica pública no Brasil tem posto a descoberto o interesse dos órgãos competentes na preocupação na manutenção integral da saúde das populações. Como foi pontuada anteriormente, no processo das ações públicas que direcionam as atividades para tal fim, a criação do Sistema Único de Saúde, trouxe no espaço de seus princípios gerais a referência constitucional de que perante a Carta Magna a saúde é um direito de todos e o Estado se coloca como base para a promoção desse dever (BRASIL, 2003).

Em um segundo ponto, com a criação do SUS, descentraliza-se o comando único, e as ações governamentais passam a ser operacionalizadas em cada esfera: municipal, estadual e federal, constituindo maior no controle, prevenção e manutenção da saúde em seus territórios específicos, onde na organização dos serviços é pautada a universalização e equidade do atendimento e a integralidade da assistência programada à saúde (BRASIL, 1993).

Sob estes aspectos é promovida a participação das populações no controle social do sistema. Os usuários têm o primeiro contato com o sistema na Atenção Básica de Saúde que representa o conjunto de ações em caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a redução de danos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1993).

Com a elaboração da Estratégia Saúde da Família (ESF), ação que organiza os territórios específicos de ação, as diretrizes determinam a atenção à saúde com foco na família e na comunidade, inscrevendo-as em cadastros de modo a facilitar a conduta das suas aplicações, diagnosticando a situação de saúde e automaticamente realizando planejamento local (BRASIL, 2005).

O trabalho em equipe interdisciplinar gera vínculos de coresponsabilidade entre os profissionais e famílias assistidas, promovendo com isto a integralidade, resolubilidade e intersectorialidade das ações, valorizando os diversos saberes e práticas em detrimento das populações com suas necessidades de melhoria de saúde, estimulando dessa forma a participação social, ponto relevante para a consecução dos objetivos. O Ministério da Saúde assevera:

“O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família, promove vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2005).”

A importância das ações da equipe saúde da família traduz estratégia que possibilita às equipes de profissionais de saúde, maior compreensão do sistema que se amplia no processo saúde/doença e necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas, priorizando prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas e famílias de forma integral e contínua. As principais atividades em atenção básica executadas na ESF são: Controle de Tuberculose; Eliminação da Hanseníase; Controle da Hipertensão Arterial; Controle do Diabetes Mellitus; Saúde da Criança; Saúde da Mulher e Saúde Bucal (BRASIL, 2000).

A equipe saúde da família é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais como dentistas, assistentes sociais, psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2002).

Em relação ao território para a ação da ESF com a responsabilidade pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a essa área, exerce em primeiro nível as ações e serviços do sistema local de assistência denominado atenção básica, onde estar vinculada à rede de serviços, sob forma que seja garantida a atenção integral das populações e que sejam asseguradas funcionamento adequado. As Unidades Básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2005).

Nesse cenário onde se configuram as ações de controle de saúde em áreas específicas, notadamente, espaços organizados para estabelecimento das ESF, incluem-se atualmente o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família, tratando-se de um instrumento da área de saúde que objetiva ampliar a integralidade e a resolubilidade de atenção à Saúde. Sob a ótica dos objetivos, a implantação do

Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família, observa-se através da Portaria nº 1065/GM de 04 de julho de 2005:

- a) Qualificar Atenção Básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, ampliando a resolubilidade e integralidade das ações;
- b) Ampliar o acesso às ações de Atividade Física, Saúde Mental, Reabilitação, Alimentação e Nutrição e Serviço Social;
- c) Ampliar a implementação de práticas que contribuem para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do auto-cuidado;
- d) Promover a autonomia dos usuários e famílias e fortalecer a cidadania;
- e) Diretrizes;
- f) Integralidade da Atenção;
- g) Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade - responsabilização compartilhada;
- h) Base territorial - vínculo e responsabilização;
- i) Promoção da Saúde;
- j) Humanização da Atenção;
- k) Promoção do autocuidado e fortalecimento da cidadania.

Os profissionais envolvidos nesse contexto estão inseridos nas modalidades de ação que seguem:

- a) Núcleo inteiro: psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e profissional de educação física.
 - b) Modalidade saúde mental: psiquiatra ou psicólogo e terapeuta ocupacional e assistente social.
 - c) Modalidade reabilitação: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social.
 - d) Modalidade atividade física 1: profissional de educação física e instrutor de práticas corporais;
 - e) Modalidade atividade física 2: os anteriores mais o nutricionista.
- Quanto às ações que integram o núcleo, designam-se (Quadro 1):

Quadro 1 – Ações que integram o Núcleo de Atenção à Saúde da Família

Atividade Física	Estímulo e fortalecimento de ações no campo das práticas corporais em saúde, incluindo caminhadas, capoeira, danças, entre outros. Estímulo a modos de viver não sedentários objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis
Alimentação e Nutrição	Desenvolver ações de Segurança Alimentar e Nutricional, objetivando hábitos de alimentação saudável, promoção da saúde e programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais (obesidade, sobre-peso, desnutrição). Capacitar para o acompanhamento da Agenda de Saúde e para a garantia dos condicionais do Programa Bolsa Família.
Saúde Mental	Ações dirigidas aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio e vítimas de violência intra-domiciliar; objetivando propiciar a reinserção social do usuário dos serviços de saúde mental. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana. Atuar de forma integrada aos CAPS, onde esses existirem, com vistas a ampliar os processos desmanicomialização.
Reabilitação	Realizar ações para o desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários que facilitem a independência e a participação social das pessoas com deficiência no cotidiano. Construir ações intersetoriais, objetivando a prevenção de deficiências e agravos, melhoria da acessibilidade, equiparação de oportunidades, inclusão familiar, escolar e no mercado de trabalho e incremento das possibilidades de independência e exercício da cidadania.
Serviço Social	Realizar ações que possibilitem a identificação de valores e normas culturais que favorecem o processo de adoecimento a fim de ampliar a reflexão sobre os mesmos e as possibilidades de sua transformação. Construir estratégias que propiciem o exercício da cidadania e a construção de redes de proteção social. Elaborar, estimular e fortalecer oportunidades de geração de renda e de desenvolvimento sustentável nas comunidades.

Fonte: Portaria 1065/05

Quanto ao processo de implantação, o município pode implantar o Núcleo com todas as suas modalidades ou poderá optar por realizar a implantação das modalidades separadamente, de acordo com as necessidades de saúde locais, conforme expõe a Portaria 1065/05.

Conclusivamente, na perspectiva de ação do NASF, este estudo destaca a importância da inclusão das atividades de terapia ocupacional, uma vez que este profissional na sua esfera de atividade fortalece o grupo multiprofissional das ESF para a consecução dos objetivos junto à melhoria de qualidade de vida das populações alcançadas.

8 O CAMPO DE ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

8.1 Aspectos Históricos: um breve relato

No que concerne à abordagem histórica da Terapia Ocupacional, é impossível não se referir quanto ao uso das ocupações como intervenção terapêutica tanto para doentes crônicos em hospitais de longa duração, baseado em programas recreativos e/ou laborterápicos, quanto pela recuperação da capacidade funcional de incapacitados físicos em programas multidisciplinares de reabilitação (DE CARLO; BARTOLOTTI, 2001).

Segundo os respectivos autores, o primeiro momento da Terapia Ocupacional deu-se na era a.C., tendo como precursores os gregos e romanos. Estes acreditavam que o trabalho, a arte, a música e artesanato poderiam curar os “doentes mentais” tendo como objetivo mantê-los ocupados. Esse tipo de tratamento estendeu-se ao longo dos anos defendido por doutores daquela época, como Seveca e Galeno. Na Idade Média, a Terapia Ocupacional passou por um período de inatividade, dando lugar às primeiras tentativas ao tratamento mais humanizado a esses doentes (FINGER, 1986).

De acordo com Finger (1986), a terapia pelo trabalho, foi desenvolvida na Espanha, em 1407. Tratamento este difundido posteriormente, por Felipe Pinel, instituído no Hospital Bicêtre em meados do século XVIII, considerada como parte integrada da reforma assistencial psiquiátrica. Já nos séculos XVIII e XIX, países como Espanha, Estados Unidos, França, Inglaterra e Itália adotaram a ocupação como forma de tratamento. Esta se desenvolveu até 1850, declinando logo após. A razão desse declínio, talvez tenha sido em decorrência da “depressão econômica devido às constantes crises que abalaram o mundo na época da 1ª Guerra Mundial” (FINGER, 1986, p. 3).

A ocupação terapêutica ressurgiu principalmente, após a guerra, como o surgimento de pessoas especialistas a esse tipo de trabalho. Segundo Hass (apud FINGER, 1986, p. 3), os repetidos declínios e renascimento da ocupação terapêutica parecem ligados a vários fatores, como: “- pressão econômica sentida em todos os hospitais da América durante a guerra; - relativa subestimação do valor terapêutico das atividades; – falta de *‘publis insight.’*”

O segundo momento da Terapia Ocupacional (TO) deu-se com a

ascensão da profissão em meados do século XX, com fatos que marcaram a história: a 1ª Guerra Mundial (1914) e a 2ª Guerra Mundial (1917). Ao fim da 1ª Guerra, os veteranos seqüelados, devido ao longo tempo de internação e por sua incapacitação funcional, necessitavam de uma intensa terapia física ou ocupacional. Segundo Gollegã apud DE CARLO (2001, p. 137) este período ficou conhecido como “reconstrução” relacionada à reabilitação, cujo conceito dado por NEIDSTADT; CREPEAU apud WILLIARD; SPACKMAN (2002, p. 356) é “o processo de restaurar a capacidade de um indivíduo de participar de atividades funcionais, quando esta capacidade tiver sido alterada ou limitada por uma deficiência física ou mental.”

Com a Segunda Guerra Mundial, não foi diferente. Incapacitados físicos necessitavam de um acompanhamento especializado no que diz respeito à terapia física ou ocupacional. Com isso, houve a necessidade de terapeutas ocupacionais em hospitais civis e militares. A partir de tais fatos, foi que em 1951, escolas de Terapia Ocupacional surgiram espalhando-se rapidamente por todo o mundo. Em 1936, foi fundada a Associação de Terapeutas Ocupacionais Ingleses. Por volta de 1940 a 1960, a terapia ocupacional foi animada pelo Movimento Internacional de Reabilitação, originado de uma precisão da população em atendimentos exclusivos na área das disfunções físicas, o que gerou um período de fortes transformações na área de saúde (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Programa de incapacitados físicos surge a partir do movimento internacional de reabilitação, onde segundo Mosey (1979 apud SOARES, 1990, p. 107), o respectivo movimento existiu em “função das falhas nas instituições sociais, família, escola e medicina organizada”. Contudo, a exposição sobre a seguridade social e a visão assistencialista da incapacidade percebida pela previdência social brasileira, que ocultava a necessidade dos países europeus a incorporarem parte da mão-de-obra acidentada ou inválida, a sua força ativa de trabalho, resultante da mortalidade ocasionada pela Segunda Guerra Mundial e pondo-se como resposta ao Estado à crise econômica e social (SOARES, 1991).

De acordo com Soares (1991, p. 108) os serviços de reabilitação profissional auxiliado pelo governo norte-americano foram direcionados primeiramente, aos veteranos da 1ª guerra mundial, posteriormente, aos acidentados da indústria, e por último, foram ampliados à população civil. A depressão econômica dos anos 30 caracterizada como um período de crise e desvalorização da restauração de incapacitados, mesmo perante o poder legislativo,

ordenou medidas restritivas tanto ao emprego dos incapacitados na indústria, quanto à produção das indústrias hospitalares e oficinas protegidas, passaram a trabalhar através do uso de manufaturas para o estado, onde os produtos eram destinados somente para o consumo interno.

Evidencia-se, que a força do trabalhador incapacitado no mercado de trabalho tem certa dependência com o momento econômico do país, pois ora era absorvida na população ora era mantida na retaguarda. Fato consumado durante a 2ª Guerra Mundial, quando a América do Norte apresentou um aumento na produção de bens e, conseqüentemente, concentrando grande quantidade de incapacitados numa população economicamente ativa (SOARES, 1991).

Em decorrência da carência de mão-de-obra no setor industrial, inúmeros deficientes foram desenvolver cargos que ficaram desocupados, devidos os indivíduos considerados normais irem aumentar a fila das forças armadas durante as exigências da guerra, contribuindo na superação de suas dificuldades. No decorrer desse período, os serviços de reabilitação, a medicina física e a terapia ocupacional voltada às disfunções motoras tiveram grande expansão em entidades públicas, forças armadas, instituições filantrópicas e particulares (SOARES, 1991).

Uma das dificuldades enfrentadas por estes programas foi a não disponibilidade de pessoal técnico especializado, que proporcionasse uma intervenção multidisciplinar frente à problemática da clientela que era diversificada. Isso porque, os profissionais existentes da época não possuíam nenhuma formação teórico-prática na área de reabilitação física. Por outro lado, os terapeutas ocupacionais não existiam no mercado de trabalho, assim como, os próprios cursos para tal formação, cita o autor:

“Tais profissionais requeridos foram formados sobre supervisão e orientação médica, baseado nos conhecimentos clínicos das patologias e publicações estrangeiras que expressavam os princípios e métodos de tratamentos específicos (SOARES, 1991, p.13).”

Somente em 1948, a Terapia Ocupacional foi reconhecida como profissão e, em 1951, deu-se a criação da Federação Mundial de Terapia Ocupacional. A profissão foi regulamentada em 1964 e reconhecida como nível superior em 1969 (FINGER, 1986).

8.2 A Intervenção do Terapeuta Ocupacional

As concepções gerais sobre o tratamento ativo na Terapia Ocupacional tomando como base principal o objeto, objetivo e método dessa terapêutica ocupacional é explanada por alguns autores que muito colaboraram para a sua evolução. Em 1937, Simon apud Finger (1986), considera necessário à ação conjunta da ocupação individualizada e educação terapêutica com o propósito de reabilitação do doente de modo vantajoso e organizado. O tratamento deve aspirar a reintroduzir a lógica sã na vida e no seu mundo imaginário, primando de que tudo que é feito deve ter sentido e finalidade.

Para a teoria geral da terapêutica ocupacional estabelecida por Schineider apud Finger (1986) frisa que este tratamento não é apenas fundamentado nas perturbações funcionais do paciente, mas que, exerce uma ação biológica profunda, não exige para sua atuação, uma participação consciente, o qual indica os seguintes objetivos: a profilaxia das manifestações patológicas, assim como a supressão da instabilidade, descarga dos processos psíquicos patológicos, o que de uma ou outra maneira deveria ser feito pela via de excitação motora, repouso da função patológica e exercício das funções conservadas.

Russel apud Finger (1986) corrobora que o tratamento ocupacional não é aplicado apenas com o propósito de passar o tempo do paciente, através de suas experiências ele tem um objetivo determinado de firmar o interesse do doente sobre seus objetos materiais e suas relações comuns, de modo que se sejam explicados seu valor e importância, evitando, assim, que o indivíduo procure abrigo em sua própria doença.

A terapia ocupacional, para Azima apud Finger (1986) tem por objetivo “auxiliar no diagnóstico, detectar mudanças de personalidade, além da função terapêutica que se efetuará pela exploração, gratificação das necessidades e formação de defesa do ego”. O autor preconiza que a terapia ocupacional tem por finalidade ajudar a descobrir mudanças de comportamento, além da parte terapêutica que se exerceria pelo uso abusivo das necessidades do paciente, assim como, na preservação de sua personalidade.

Arruda apud Finger (1986) prima como objeto da terapia ocupacional a personalidade do doente em recuperação e para que tais aspectos sejam obtidos, propõe o emprego de métodos de base empírica e científica. Empíricas seriam

aquelas praticadas a forma de atividades avulsas, utilizadas intuitivamente e que ocasionavam na melhora natural do doente; e científicas são aquelas baseadas em conhecimentos específicos e adquiridas pela experiência.

Sua execução pode ser individual ou coletiva, apenas que para a escolha de uma das formas, deve ser levado em consideração cada situação e os seus objetivos desejados. Durante o tratamento pela ocupação, não pode perde-se de vista o indivíduo e os traços particulares de sua personalidade. Além disso, a ocupação terapêutica pode ser efetuada com a utilização de uma atividade simples ou várias atividades, conforme uma ordem preestabelecida. Portanto, pode ser exercida de forma isolada ou associada a outras formas de tratamento (ARRUDA apud FINGER (1986).

Ainda quanto ao tratamento através da ocupação, os métodos utilizados, segundo Caniglia (1993) podem ser os seguintes:

- a) Métodos Filosóficos – são aqueles fundamentados no logos seimoniano;
- b) Métodos Intelectuais – utilizam atividades intelectuais com o propósito de beneficiar o doente;
- c) Métodos Fisiológicos – utilizam atividades que estimulam o funcionamento dos órgãos e músculos;
- d) Métodos Psicológicos – utiliza-se de atividades artísticas, culturais, educativas ou de ação psicológica de forma predominante;
- e) Métodos Psicanalíticos – utilizam atividades que favoreçam a transferência e ponha em jogo outros mecanismos mentais, como por exemplo o psicodrama;
- f) Métodos Reflexológicos – usam atividades destinadas a desconectar atitudes e respostas morbidamente condicionadas por meio de treinamento e da reeducação;
- g) Métodos de Ação Moral – procuram relevar aspectos de efeito e de suporte das atividades com a finalidade de obter alguns benefícios para o doente.

“Nas deficiências físicas o objeto da terapia ocupacional é o físico do paciente e a recuperação funcional” (AOTA apud FINGER, 1986, p. 11).

Baseado no exposto verifica-se que a terapia ocupacional voltada às disfunções físicas, tem como objeto central o corpo do paciente que precisa ser

tratado, tendo como objetivo a restauração das funcionais.

“Muitos são os métodos para designar a terapia ocupacional através da aplicação da atividade como forma de tratamento, no entanto, o importante é que não se perca de vista o objeto central da terapia ocupacional, que é a atividade humana e seus vários elementos, que devem ser avaliados e examinados em imunidade funcional (FINGER, 1986, p. 12).”

8.3 O Terapeuta Ocupacional na Estratégia Saúde da Família: uma possibilidade de trabalho compartilhado

O SUS, apesar de não ser considerado um sistema totalmente consolidado, tem apresentado resultados positivos nos propósitos de descentralização, universalização e ampliação de cobertura dos serviços de saúde. Mas avança com grande dificuldade na garantia da qualidade, equidade e resolutividade da assistência ambulatorial e hospitalar, principalmente pela deficiência de recursos humanos – carência de profissionais (BADUY; OLIVEIRA, 2001).

Segundo Hagedorn (2003, p. 209), “[...] ocupações são tipicamente classificadas como trabalho, lazer e autocuidado (ou sinônimos). Os componentes-chaves da ocupação humana são as pessoas que engajam em uma ocupação num ambiente específico.” A inserção do terapeuta ocupacional nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado, principalmente a criação da profissão, por muito tempo foi rotulado como o que só “ocupa”, enquanto o seu objetivo de trabalho é tratar através das atividades a doença e suas seqüelas.

É importante ressaltar que o terapeuta ocupacional enfatiza a ação curativa e assim prioriza a visão de prevenção na Saúde Pública. Segundo Harlowe apud Pedretti (2004, p. 78), “[...] a prevenção é a ação antecipatória embasada em conhecimento.”

Harlowe apud PEDRETTI (2004, p. 76), aponta que desta forma, o novo modelo assistencial de saúde enfoca melhorar a qualidade de vida da população e não mais a cura de doenças, o terapeuta ocupacional é de fundamental importância na concretização desse modelo, pois baseado na integralidade da atenção, atua na promoção, proteção e recuperação de saúde e nos três níveis de prevenção (Quadro 2).

Prevenção Primária

- Utilizada antes que ocorra um evento crítico
- Meta: reduzir a incidência de distúrbios

Prevenção Secundária

- Evitar que distúrbios leves tornem-se graves
- Evitar distúrbios em uma população, indivíduo ou grupo “sob risco”

Prevenção Terciária

- Evitar que distúrbios graves produzam deficiências permanentes
- Maximizar a função e minimizar os efeitos nocivos de uma condição de deficiência

Fonte: Harlowe (2003 apud PEDRETTI, 2004, p. 76)

Especificamente, o terapeuta ocupacional visa conscientizar o paciente e a família quanto às limitações da deficiência e o compromisso com o tratamento, fazer uso de recursos terapêuticos acessíveis à comunidade, visando à diminuição do processo algico e da impotência funcional, proporcionando maior independência e autonomia, prevenir os acidentes no domicílio e na comunidade em geral, facilitar a acessibilidade e atuar na prevenção dos distúrbios mentais e físicos através de grupos educativos com a equipe saúde da família. Os resultados desse trabalho da equipe saúde da família são positivos, onde a precocidade no atendimento e a resolutividade de casos em domicílio (com a diminuição da demanda na Unidade de Referência do Município) têm grande destaque (HAGEDORN, 2003).

Segundo Culler apud Williard; Spackmam (2002, p. 343), existe quatro tipos de estratégias de intervenção que podem ser utilizadas com clientes que demonstram déficits no controle domiciliar ou na prestação de atendimento:

1. remediar os déficits em áreas de desempenho e de componente de desempenho;
2. ensinar novos métodos de desempenho de tarefa, para compensar os déficits de área de desempenho ou componente de desempenho;
3. sugerir as modificações ambientais, para facilitar o desempenho da tarefa;

4. educar os clientes e as famílias para apoiar as condutas listadas anteriormente, ou como um meio de evitar futuros problemas.

Nos relatos de Rocha (2006) a experiência na ESF paulistana, a atenção à família no atendimento básico é efetuada através de quatro equipes: da Família, de Saúde Bucal, de Saúde Mental e de Saúde do Deficiente, esta última surgiu das demandas relatadas pela equipe saúde da família, que não estavam conseguindo responder adequadamente às questões relacionadas com deficiência e incapacidades. A Equipe de Saúde do Deficiente conta com a participação de fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas que atuam de forma interdisciplinar visando à assistência e inclusão social das pessoas deficientes, incapacitadas e em desvantagem. O atendimento é realizado nas UBS, nas residências dos usuários e na comunidade (escolas, clubes e igrejas) e no próprio ambulatório de referência.

8.3.1 A intervenção do terapeuta ocupacional na Estratégia Saúde da Família

O terapeuta ocupacional apresenta uma missão primordial de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios terapêuticos, na prevenção, eliminação ou melhora dos estados patológicos do homem, na promoção e na educação de saúde (CANIGLIA, 1993).

Segundo Lancman (2004, p. 4), “[...] para promover a saúde e prevenir a doença é preciso combater a ignorância [...]”. Nessa perspectiva, a Educação em Saúde, ao orientar saúde ao povo, se ocupa, em essência, do comportamento humano e de sua alteração para a melhoria e a promoção da saúde individual e comunitária.

A Educação em Saúde, conhecida atualmente também como educação popular, busca o repasse de conhecimento em saúde do profissional, no caso o terapeuta ocupacional, nas ações de promoção e proteção, através de atividades lúdicas, teatrais que envolvam a coletividade a partir de seus valores sócio-econômicos e culturais (CANIGLIA, 1993).

Na atenção primária de saúde, é imprescindível a atuação do terapeuta ocupacional, principalmente quando é possível um atendimento a nível domiciliar, pois possibilita a análise da realidade das pessoas a partir de suas atividades de vida diária (AVD's) e suas limitações, o que viabiliza muitas vezes os devidos

encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso (PEDRETTI, 2004).

Faz-se necessário destacar as intervenções do terapeuta ocupacional na atenção primária, mais especificamente na ESF, como um profissional voltado para a educação, prevenção e assistência terapêutica coletiva e individual, inserindo e trabalhando de forma a:

- participar de equipes multiprofissionais destinadas a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública;
- prevenir deformidades, fraqueza e perda de movimentos, como na disfunção física;
- contribuir no planejamento, investigação e estudos epidemiológicos;
- promover ações terapêuticas preventivas a instalações de processos que levam a incapacidade funcional laborativa;
- atuar no cuidado aos idosos ou deficientes, por meio de adaptações domiciliares;
- participar do planejamento e execução de treinamento e reciclagem de recursos humanos em saúde (PEDRETTI, 2004).

8.3.2 Intervenções terapêuticas específicas

O terapeuta ocupacional é um membro importante profissional de saúde, apresentando também aptidões e competência, executando ações de assistência integral como promoção, proteção e recuperação da saúde, em todas as fases do ciclo da vida, como:

a) Saúde da Criança

- Detectar precocemente distúrbios e retardos neuro-psicomotores;
- orientar os pais ou responsáveis, pois qualquer tratamento ou procedimento realizado em pediatria deve contar com a dedicação e a colaboração da família, para que este seja completo e eficaz;
- atuar na saúde escolar, verificando as alterações e deformidades posturais, analisando os riscos ergonômicos das escolas;
- prestar atendimento às crianças com retardo neuro-psicomotor, malformações congênitas, distúrbios mentais, afecções respiratórias, deformidades posturais, pois com os procedimentos ou recursos

terapêuticos, o número de hospitalização pode ser reduzido, a progressão das lesões pode ser evitada e o desenvolvimento motor normal pode ser estimulado;

- informar a mãe sobre a importância do aleitamento materno;
- combater às carências nutricionais, informando a mãe sobre a importância de frutas, verduras e outras proteínas na alimentação da criança.

b) Saúde da Mulher

- No pré-natal e puerpério, devido às modificações gravídicas locais e gerais, o terapeuta ocupacional pode atuar realizando condicionamento físico, técnicas de relaxamento, massagem de retorno linfático evitando edemas e orientações de como a gestante deve proceder no pré-parto para que ela possa retornar às suas atividades normalmente;
- prevenção e analgesia para a diminuição e/ou alívio da dor, nas diversas patologias ginecológicas;
- na prevenção de câncer, o profissional pode orientar quanto ao diagnóstico precoce (papanicolau e exame de mamas);
- no climatério, o terapeuta pode realizar programas de atividades físicas e psico-sociais com o objetivo de aliviar os sintomas dessa fase, que inclui as alterações vasomotoras (como insônia, sudorese, palpitações e taquicardia), ansiedade, irritabilidade e depressão, alterações de humor, secura vaginal e dor ao urinar, aumento do risco de doenças cardiovasculares e osteoporose;
- informar sobre a realização de exames laboratoriais de rotina;
- realização de atividades educativas para a promoção da saúde.

c) Saúde do Idoso

- Orientar a família ou responsável quanto aos cuidados com o idoso, incluindo modificações no domicílio para evitar quedas;
- prescrever prótese e órtese, quando necessário, para auxiliar na marcha, melhorando sua capacidade funcional;
- desenvolver atividades físicas e culturais para a terceira idade, para que o idoso consiga realizar suas AVD's de forma independente

melhorando assim a sua qualidade de vida;

- orientar sobre as medicações, sobre a medição de P.A. e sobre a mudança de decúbito prolongado, evitando assim a formação de escaras e o aparecimento de contraturas.

d) Grupos de Hanseníase

- Atuar nas alterações da função neural através de exercícios e confecções de órtese e prótese;
- orientar quanto às atividades de auto-cuidado e deformidades que levam às incapacidades;
- atuar precocemente através da realização de avaliações periódicas dos olhos, membros superiores e membros inferiores;
- realizar acompanhamento das reações e/ou neurites com o quadro da doença;
- informar sobre a identificação de sintomáticos dermatológicos entre usuários, sinais e sintomas da doença e atividades educativas.

e) Grupos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

- Prescrever atividades físicas, a fim de prevenir, evitar e minimizar as complicações decorrentes;
- orientar sobre a importância dos medicamentos, alimentação e ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária) e a prevenção de complicações.

f) Saúde Mental

- Orientar sobre a ocorrência de efeitos sociais, comportamentais, psicológicos e físicos adversos decorrentes da busca ou de uso de substância, como álcool, anfetaminas, cocaína, maconha, alucinógenos e outras drogas;
- informar sobre os sintomas emocionais, comportamentais apresentados e mudanças de humor;
- orientar a família sobre o tratamento e prevenção de distúrbios mentais e emocionais;
- prescrever atividades cognitivas (memória), laborativas, oficinas terapêuticas, atividades grupais e/ou individuais, cultural, grupos operativos e atividades auto-expressivas.

Desta forma, as orientações educativas em saúde referem-se tanto às atividades de educação em saúde voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade, quanto às atividades de educação permanente dirigidas aos ACS e trabalhadores da área de saúde através da formação profissional contínua da ESF.

A inclusão do terapeuta ocupacional na ESF amplia a assistência à saúde, propondo-se a trabalhar também os aspectos biopsicossociais. Entretanto, vale ressaltar que para desenvolver uma terapêutica eficaz deve haver uma interação entre toda a equipe multidisciplinar em prol da comunidade assistida na ESF.

9 CONCLUSÃO

O Brasil, durante anos adotou um modelo assistencial “tradicional”, centrado no atendimento médico e hospitalar com uma visão fragmentada do indivíduo, porém, hoje, não atende satisfatoriamente as necessidades da comunidade. Este modelo impede de se compreender o indivíduo enquanto ser integrante de uma comunidade e faz esquecer-se das relações biopsicossociais que influenciam no seu processo saúde/doença.

Com o estabelecimento do SUS, passou-se a buscar um novo modelo assistencial capaz de suprir as reais necessidades de saúde da população de acordo com os seus princípios (universalidade, equidade e integralidade). Em 1994, o Ministério da Saúde adotou a proposta de Saúde da Família, como foi exposto no início desse estudo, como estratégia de construção desse novo modelo assistencial, como parte indissociável da consolidação do SUS. Com isso, o PSF tornou-se um modelo de reorganização de uma nova assistência de saúde, buscando um novo paradigma assistencial valorizando a educação, a prevenção e a promoção da saúde, sustentado no trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

No cenário dos espaços organizados da ESF, a instituição a que se atribui a construção de políticas da saúde inclui, atualmente, o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a integralidade e a resolubilidade de atenção à Saúde, implantado através da Portaria nº 1065/GM de 04 de julho de 2005, que destaca a importância da inclusão das atividades de terapia ocupacional, fortalecendo o grupo multiprofissional das equipes saúde da família para a consecução dos objetivos junto à melhoria de qualidade de vida das populações alcançadas.

Este estudo pretendeu esclarecer as aplicações mais atuais aos conhecimentos da Terapia Ocupacional nos freqüentes problemas do cotidiano vivenciado pelas equipes saúde da família, possibilitando uma visão global e específica quanto às reais necessidades das pessoas que são atendidas pela ESF.

Considera-se que a integralidade da atenção é o princípio entre os estabelecidos pelo SUS e ESF, de maior impacto sobre a atuação do terapeuta ocupacional, uma vez que determina a necessidade de novas abordagens sobre saúde. Além de recuperar e reabilitar, a ação do terapeuta ocupacional é promover saúde e prevenir doenças, transformando a realidade, participando da luta por uma

sociedade justa e igualitária, onde a saúde seja realmente um direito de todos.

Portanto, é de suma importância a terapia ocupacional como apoio trabalhando em parceria com a ESF/NASF em prol de um mesmo objetivo, a busca da qualidade de vida. No desenvolvimento das atividades, a terapia ocupacional ocupa-se das compensações sociais, uma vez integradas nas ações da ESF.

A integração com as populações permite toda ação multidisciplinar, pondo a descoberto que as ações das equipes formadas frente às necessidades de cada unidade de saúde da família, no âmbito integral, vale-se do objetivo principal do bem-estar não só apenas físico, mas também mental das pessoas.

Este trabalho ratifica que é indiscutível que a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, cuja interseção, em qualquer nível de atenção à saúde, baseia-se na aquisição contínua de conhecimento, ocasionando um ciclo permanente de ensinar e aprender, e ressalta a importância do terapeuta ocupacional na ESF/NASF configura-se uma necessidade, visto que este profissional não é apenas um reabilitador, mas seu perfil visa à melhoria da qualidade de vida das pessoas e assim se enquadra no atual modelo de saúde brasileiro que prioriza promover e prevenir o aparecimento de doenças e suas seqüelas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. "Descentralização dos serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". Brasília: Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Termo de Referência para Elaboração de Projetos de Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde/Projeto REFORSUS, 1996/1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**: NOB – SUS 96. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Abordagem Nutricional em Diabetes Mellitus. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. In: REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DA CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1999. **Anais**. Brasília: 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orçamento Saudável**: a emenda constitucional 29 e a lei de responsabilidade fiscal. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atribuições de cada membro das ESF e das ESB. IN: TONIAL, Sueli Rosina. **Saúde, sociedade, estado e a estratégia de saúde da família**. São Luís, MA: UFMA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desafios e conquistas do Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, n. 7, p. 7, jan./abr.2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional da assistência á Saúde: NOAS 01/2001. 2001. Disponível em: <[http:// www. Portal. Saúde. Gov.Br/saúde](http://www.Portal.Saúde.Gov.Br/saúde) > Acesso em: 21 de agosto 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde. Brasília, 2005 b.

BADUY, R.S; OLIVEIRA, M.S.M. Pólos de formação e educação permanente para os profissionais das equipes de Saúde da Família: reflexos a partir da prática no Pólo Paraná. **Rev. Olho Mágico. Londrina, 8 (2), 2001.**

CAMPOS, F. E.; TONON, I. M.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. Sistema único de saúde: princípios. **Caderno planejamento e gestão de saúde**. 2001, p. 285-304.

CANIGLIA, Marília. **Modelos teóricos utilizados na prática da Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte: Editora Ltda, 1993.

CARVALHO, B. G; MARTIN, G.B; CORDONI Junior, L. A organização do sistema de saúde do Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, 1. (**Org. Bases da Saúde Coletiva**). Londrina:Ed. UEL, 2001.

CARVALHO, G.I, SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentário à Lei orgânica da Saúde (leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. UNICAMP, 3. ed. São Paulo, 2002. CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília, DF. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

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

DE SIMONI, Carmem. Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família. Ministério da Saúde - Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Brasília, 2007.

ELIAS, P. E., 1996. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, A & Elias, P. (orgs). Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços.. São Paulo: Ed. Cortez, pp.57-117.

FINGER, Jorge Augusto Ordiz. **Terapia Ocupacional**. São Paulo: Sarvier, 1986.

FINKELMAN, J. **Caminhos de Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

GUIRLANDA, Michèlle de Toledo. Conferências de saúde: a consciência de ----- nossa importância dentro do SUS. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH**, 21, set,2003.

HAGEDORN, Rosemary. **Fundamentos para a prática em Terapia Ocupacional**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2003.

JUNQUEIRA, L. P., 1997. A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: CANESQUI, A M. (org.). Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Ed. HUCITEC/ABRASCO, pp. 173-204.

LANCMAN, Selma. **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004.

NEISTADT, Maurren E; CREPAU, Elizabeth Blesedell. **WILLARD e SPACKMAN:Terapia Ocupacional**. 9 ed. Rio Janeiro Koogan, 2002.

PAIM, J. S. **Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política**. IN: **Estudos de Saúde Coletiva**. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.

PEDRETTI, W. L, EARLY. B. M. **Terapia ocupacional**: capacidades práticas para disfunções físicas. 5. ed. São Paulo: Roca, 2004.

PROJETO QUALIS, 2002 (completar)

PSF. Programa Saúde da Família. IN: Secretaria de Estado da Saúde-DF, 2005. Disponível em <, <http://www.saude.df.gov.br/> > Acesso 10 jun. 2008.

ROCHA, Eucenir Fredini. Reabilitação de pessoas com deficiência. São Paulo. 2006

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. **Terapia Ocupacional**: lógica do capital ou do trabalho. São Paulo: Hucitec, 1991.

SOUZA, M. F. de. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30, dez., 2000

WILLIARD; SPACKMAN, **Terapia Ocupacional**. Guanabara Koogan Maurren E. Neistadt; Elizabeth Blesedell Crepau, 9. ed. 2002.

ANEXOS

ANEXO 1 – PORTARIA 1065/2005 – CRIAÇÃO DOS NÚCLEOS DE ATENÇÃO INTEGRAL SAÚDE DA FAMÍLIA

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

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

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

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

Considerando o parágrafo único do art 3ª 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. 1^ª 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. 2^ª 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. 3^ª 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. 4^ª 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.

HUMBERTO COSTA

ANEXO 2 – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTENCIA À SAÚDE

NOAS-SUS 01/2001

GABINETE DO MINISTRO PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996;

Considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, e Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores TripartiteCIT - e Conselho Nacional de Saúde CNS, em 15 de dezembro de 2000, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2º Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS Nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica PAB, bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS NOAS-SUS 01/2001

INTRODUÇÃO

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 91, em especial das NOB-SUS 93 e 96 -, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal.

A partir da implementação do Piso de Atenção Básica, iniciou-se um importante processo de ampliação do acesso à atenção básica. A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde. Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS.

No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de

programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde/SES.

A experiência acumulada, à medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde / SUS. Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente quando do processo de discussão da NOB 96, entre dezembro de 1995 e novembro de 1996, mas situavam-se em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o Ministério da Saúde MS, o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo.

Agregava-se a este cenário a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo. Neste sentido, esta NOAS-SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo

permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO I

REGIONALIZAÇÃO

1 - Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1 - O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

I. 1 DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

2 - Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

2.1 - Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e do Conselho Estadual de Saúde CES e o encaminhamento ao Ministério da Saúde.

3 - No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

A - O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento / dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

B O acesso de todos os cidadãos

aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

4 - Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no Plano Diretor de Regionalização:

A Região de saúde base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.

Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos

assistenciais.

B - Módulo assistencial módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 7 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

C - Município-sede do módulo assistencial município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

D - Município-pólo município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

E - Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).

5 - Determinar que o Plano Diretor de Regionalização contenha, no que diz respeito à assistência, no mínimo:

A - a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;

B - a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;

C - o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;

D - a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

E - os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

F - a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

G - a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

5.1 A Secretaria de Assistência à Saúde/SAS publicará, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Norma, a regulamentação específica sobre o Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à organização da assistência.

1.2 DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

6 - Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada GPABA.

6.1 - Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no ANEXO 1

desta Norma.

6.2 - As ações de que trata o ANEXO 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.

6.3 - O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica PAB, acrescidos dos procedimentos relacionados no ANEXO 2 desta Norma.

6.4 - Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, será instituído o PAB-Ampliado, e seu valor definido, no prazo de 60 (sessenta) dias, em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva/SE e da Secretaria de Políticas de Saúde/SPS, sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado não terão acréscimo no valor per capita.

6.5 - Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB-Ampliado, após avaliação das Secretarias de Estado da Saúde, aprovação da CIB, e homologação da CIT, em relação aos seguintes aspectos:

- a) Plano Municipal de Saúde vinculado à programação físico-financeira;
- b) alimentação regular dos bancos de dados nacionais do SUS;
- c) desempenho dos indicadores de avaliação da atenção básica no ano anterior;
- d) estabelecimento do pacto de melhoria dos indicadores de atenção básica no ano subsequente; e
- e) capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas no Subitem 6.1 deste Item.

6.6 - A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a estrutura do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo referido no Subitem 6.5, e deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, apresentá-los à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação.

I. 3 DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7 - Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

7.1 - Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, detalhadas no ANEXO 3 desta Norma.

8 - O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica:

8.1 - o financiamento das ações ambulatoriais será feito com base em um valor per capita nacional, a ser definido em portaria conjunta da Secretaria Executiva/SE e Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Norma.

8.2 - o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Teto Financeiro da Assistência/TFA de cada Unidade da Federação.

8.3 - ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde deverá adicionar recursos ao Teto Financeiro dos Estados para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população.

8.4 - nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do ANEXO 3 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

9 - O repasse dos recursos de que trata o Subitem 8.1 - Item 8 - Capítulo I desta Norma, para a

cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

9.1 - Nas Unidades da Federação cujo modelo de regionalização não compreenda microrregiões de saúde, a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde será a menor base territorial de planejamento regionalizado acima do módulo assistencial, ou seja, a região de saúde, desde que essa atenda a todos os critérios requeridos para o reconhecimento da consistência do Plano Diretor de Regionalização e às mesmas condições exigidas para a qualificação das microrregiões descritas nesta Norma e na regulamentação complementar.

9.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde é a estrutura do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a serem submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

9.3 - O processo de qualificação das microrregiões na assistência à saúde será detalhado em regulamentação complementar da Secretaria de Assistência à Saúde, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma.

10 - A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a:

A - apresentação pelo gestor estadual do Plano Diretor de Regionalização do estado, aprovado na CIB e CES incluindo o desenho de todas as microrregiões;

B - apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: (i) municípios que compõem a microrregião; (ii) definição dos módulos assistenciais existentes, com explicitação de sua área de abrangência e do município-sede de cada módulo; (iii) vinculação de toda a população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais existentes cubram toda a população do estado.

C - habilitação do(s) município(s)-sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

D - comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada;

E - apresentação do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado entre cada município-sede e o estado, em relação ao atendimento da população referenciada por outros municípios a ele adscritos.

11 - Após a qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente aos procedimentos listados no ANEXO 3 desta Norma destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos fundo a fundo ao município sede de cada módulo assistencial, sendo que a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos Itens 30 e 31 Capítulo II desta Norma.

11.1 - Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

I. 4 - DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

12 - A Atenção de Média Complexidade MC compreende um conjunto de ações e serviços

ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13 - Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma desta Norma, que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

13.1 - O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

13.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde elaborará, em 30 (trinta) dias, instrumentos de subsídio à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção, cuja regulamentação específica será submetida à aprovação da CIT.

14 - O processo de Programação Pactuada e Integrada/PPI, coordenado pelo gestor estadual, cujas diretrizes são apresentadas nos Itens 24 a 27 Capítulo II desta Norma representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

14.1 - A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

14.2 - A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

14.3 - A programação de internações hospitalares deve compreender: a utilização de critérios objetivos que considerem a estimativa de internações necessárias para a população, a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH, bem como os fluxos de referência entre municípios para internações hospitalares.

14.4 - A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, tratado no Item 30 Capítulo II desta Norma implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

15 - Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos

estabelecidos na PPI.

15.1 - O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

15.2 - Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I. 5- DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

16 - A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamento das ações.

16.1 - A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal.

17 - O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

A - a definição da alocação de recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência/ TFA do estado para cada área de alta complexidade;

B - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

C - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

D - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

E a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;

F - a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;

G - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

H - a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;

I - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;

J - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a

garantia de economia de escala e melhor qualidade.

18 - Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

A - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;

B - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

C - condução do processo de contratação;

D - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

E - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

F - controle, a avaliação e a auditoria de serviços.

18.1 Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica/GPAB ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada/GPBA que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade, são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar tais funções aos gestores municipais.

19 - Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo foram definidos por meio da Portaria SAS nº 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 01 de junho de 2000.

20 - O financiamento da alta complexidade se dará de duas formas:

A - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação;

B - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação FAEC, ou de outro mecanismo que venha a substituí-lo com a mesma finalidade e que será gerenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica, a ser estabelecida, no prazo de 60 (sessenta) dias, em ato conjunto da SE e SAS.

21 - O Ministério da Saúde/MS definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

22 - A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

22.1 - A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

23 - A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria de Estado da Saúde/SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.