

Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 114-123, set./dez., 2005.

Terapia Ocupacional e saúde da pessoa com deficiência na Secretaria Municipal de Saúde: uma discussão sobre dez anos de sua incorporação*

Occupational Therapy and the health of the person with disabilities in the Municipal Health Secretary: a discussion on a ten-year professional incorporation

Denise Cristina Ho³ e Fátima Corrêa Oliver²

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

RESUMO: Trata-se de estudo sobre inserção de terapeutas ocupacionais – TO no sistema público municipal de saúde para conhecer sua distribuição na rede e as atividades assistenciais desenvolvidas com pessoas com deficiência. Foi realizado em 2002 através de entrevistas com profissionais da Secretaria Municipal de Saúde; de pesquisa documental e de questionários para caracterização de atividades, respondidos por 46 TO (31,1%). Em 1993, havia 180 profissionais ativos e em 2002, apenas 148. De 1997 a 2000, houve o desmonte da rede de serviços municipais e a criação de outras unidades de saúde para acompanhamento de farmacodependentes e de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis que congregaram, respectivamente, 11,5% e 8,1% dos profissionais, através do deslocamento destes das UBS e serviços de saúde mental. Em 2002, observa-se concentração de profissionais em áreas centrais do município, resultado do fluxo profissional e de prioridade a serviços especializados. Nesse ano, a distribuição dos TO era: 21% (UBS), 17,7% (CECCO), 13,8% (Ambulatórios de Especialidades) e 13,8% (Hospitais-Dia). A criação de alternativas assistenciais para pessoas com deficiência permanece como compromisso individual de parte dos profissionais, não se estruturando enquanto programa específico. Desde 2001, a Secretaria vem credenciando Serviços de Referência para Pessoas com Deficiência no Ministério da Saúde sem ampliação do quadro de profissionais. O mesmo ocorreu para o desenvolvimento de programas prioritários (Nascer Bem, Acolhimento, Resgate Cidadão, Cabeça Feita) e do Programa de Saúde da Família. Observar a política de saúde da maior cidade do país é compreender os desafios colocados para a assistência e para a categoria profissional.

DESCRITORES: Serviços de saúde. SUS (BR). Política de saúde. Pessoas portadoras de deficiência/reabilitação. Serviços de saúde comunitária.

* Parte dos resultados desta pesquisa foi apresentada durante o IX Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional realizado em Recife, em setembro de 2005.

¹ Terapeuta ocupacional, graduada no Curso de Terapia Ocupacional da USP onde desenvolveu a presente pesquisa como parte das disciplinas Iniciação à Pesquisa I e II - Terapia Ocupacional e Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência respectivamente MFT0 0213 e MFT0254 cursadas entre 2002 e 2003

² Docente do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

Endereço para correspondência: Rua Cipotânea, 51 Cidade Universitária. CEP 05360-160. São Paulo, SP. email: centroto@usp.br

INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional é incorporada como categoria profissional na Secretaria Municipal de Saúde – SMS, a partir da proposição da política municipal de saúde mental, integrando equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde, Hospitais-Dia, Centros de Convivência e Cooperativa e Enfermarias Psiquiátricas em Hospital geral. Resultado dessa incorporação foi a participação desse profissional como protagonista de atenção a pessoas com deficiência, que se delineou também no período de 1989 a 1993. Essa incorporação se deu de modo processual como resultado de esforços institucionais para a implantação da proposta do Sistema Único de Saúde – SUS, que implicaram *na reorganização* da rede municipal de saúde incluindo regionalização e descentralização dos serviços, com a criação dos Distritos Sanitários de Saúde; *na ampliação* dos quadros profissionais através de contratação por concurso público; *no fomento de processos de gestão participativos* incluindo diálogo permanente entre gestores e população; *na reforma e aquisição de equipamentos* para serviços de diferentes níveis de complexidade.

O processo de incorporação dos TO na rede municipal foi objeto de estudos entre 1989 e 1993 realizados por BARROS et al. (1995) e entre 1996 e 1998 por LOPES (1999) e LEÃO et al. (2000). Representou importante cenário para o desenvolvimento de práticas assistenciais públicas com diferentes populações e problemáticas de saúde, trazendo pela primeira vez para a terapia ocupacional brasileira condição e vinculação institucional que tendem a redefinir possibilidades e estratégias assistenciais na área.

No período entre 1993 e 2000, ocorreram diversas mudanças na condução da política municipal que implicaram em importante retrocesso na implementação do SUS. A política de saúde deixou de ser prioridade, houve redução de investimentos no setor, mudança na organização e gestão do sistema público municipal, principalmente a partir de 1996, com a implantação do Plano de Atendimento à Saúde – PAS. Essa política transferiu para cooperativas de saúde a gestão da rede municipal de forma a descumprir a legislação vigente, priorizando a atenção de caráter curativo e provocando o desmonte objetivo dos serviços e da organização do sistema (OLIVER, 1998; LOPES, 1999; LEÃO et al., 2000). O PAS foi objeto de inúmeras denúncias e processos judiciais e apenas em 2001 foi interrompido.

Diante disso, com a mudança político-institucional

no setor saúde ocorrida na gestão municipal iniciada em 2001, buscou-se conhecer o novo cenário de inclusão da terapia ocupacional - na proposta de reordenamento da atenção pública municipal e reconstrução do SUS – bem como suas repercussões para a vinculação de terapeutas ocupacionais ligados principalmente à atenção às pessoas com deficiências, cerca de 10 anos após a criação dos cargos e funções.

Procedimentos metodológicos

O estudo foi realizado durante o ano de 2002, como pesquisa descritiva a partir de:

1. estudo de documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde para a saúde da pessoa com deficiência;
2. levantamento de terapeutas ocupacionais vinculados à assistência às pessoas com deficiência junto ao departamento de recursos humanos da Secretaria;
3. entrevistas abertas com os profissionais responsáveis pela área temática da saúde da pessoa com deficiência na assessoria técnica da Secretaria para conhecer e discutir as diretrizes assistenciais colocadas para a atenção a esse segmento da população;
4. caracterização das atividades assistenciais e experiência profissional, a partir de questionário específico, enviado a todos os profissionais.

Os dados quantitativos foram analisados utilizando-se o programa Epi Info, versão 6 para MS-DOS, do *Centers for Disease Control Atlanta, USA*. As entrevistas e o questionário foram analisados buscando caracterizar a prática profissional em andamento, reconhecendo as perspectivas que os profissionais da área têm para o trabalho assistencial. Essas perspectivas foram discutidas à luz das diretrizes colocadas pelo nível central buscando compreender o alcance da proposta delineada.

O cenário da atenção à saúde e reabilitação nos serviços públicos municipais em São Paulo

A partir de 2001, a SMS retomou a implantação do SUS, fazendo a transição das unidades de saúde anteriormente administradas pelo PAS, o que implicou no retorno dos profissionais aos serviços de saúde, visto que grande parte, inclusive terapeutas ocupacionais, vinha desenvolvendo ações em outras secretarias, como Cultura e Esportes. Em 2002, havia 148 terapeutas ocupacionais em

exercício na SMS, o que revelou uma redução de cerca de 30% em relação aos 180 profissionais em exercício em 1996 e de 38,6% em relação aos 241 cargos criados em 1992.

Em 2001, o sistema municipal passa a ser reorganizado a partir de 39 Distritos Sanitários divididos entre 10 postos avançados em saúde, divisão semelhante às antigas administrações regionais de saúde, a exemplo do que ocorrera em 1989. Uma terapeuta ocupacional e uma fisioterapeuta, que já compunham a rede municipal de serviços, foram chamadas a assessorar a Coordenadoria da Gestão Descentralizada - COGest, na Área da Saúde da Pessoa com Deficiência, com a responsabilidade de elaboração de diretrizes para a política pública de saúde para essa população procurando criar interfaces com os programas prioritários para reorganização da atenção nas unidades de saúde a saber: *Projeto Cabeça Feita*: para lidar com a problemática da assistência secundária e terciária a usuários de álcool e drogas; *Projeto Nascer Bem*: para humanização do atendimento a mães e bebês do nascimento ao 2º ano de vida do bebê; *Projeto Resgate Cidadão*: capacitação de serviços e rede de apoio à vida e a situações de violência, urgência e emergência; *Projeto Combate à Dengue*, *Projeto Acolhimento*: para humanização do atendimento em serviços municipais e *Programa de Saúde da Família - PSF*.

Como propostas específicas apresentaram-se diretrizes para articulação de toda a assistência à saúde da pessoa com deficiência no *Projeto Rede Inclusiva* com foco nos processos de participação e inclusão envolvendo o Programa de Saúde da Família, referências de assistência de alta complexidade e valorização dos recursos comunitários. Além disso, foi elaborada proposta para:

1. compor a Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (BRASIL, 2001) com a estruturação de cerca de 44 unidades de referência de saúde do Município de São Paulo e dos serviços de diagnóstico audiológico e indicação de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) (BRASIL, 2000), a serem implantados no período de 2001 a 2004, dependendo de recursos e aprovação do Ministério da Saúde;
2. introduzir e difundir nos Distritos de Saúde, conceitos e estratégias para a implementação na atenção primária, das ações de promoção de saúde, prevenção de deficiências, reabilitação, equiparação de oportunidades e inclusão da pessoa com deficiência;
3. criar de equipes de reabilitação para apoio a equipes

de saúde da família;

4. criar o programa de Cuidados Domiciliares para pessoas acamadas incluindo as pessoas com deficiência dependentes de cuidados domiciliares.

Havia também a discussão sobre a importância de se constituírem alternativas para prevenção e cuidados de pessoas com úlceras de pressão em parceria com o Conselho Municipal da Pessoa Deficiente e as Autarquias hospitalares. O objetivo era organizar uma rede de atendimento desde a prevenção, cuidado domiciliar, até, se necessário, cirurgias, enfim, uma rede com serviços ambulatoriais, hospitalares e domiciliares.

O objetivo maior dos profissionais da assessoria era sensibilizar gestores e planejadores para a importância de criação de alternativas assistenciais. No entanto, a herança de serviços e problemas organizacionais deixados pelo PAS e o grau de prioridade institucional para a saúde na gestão municipal, implicaram na destinação de recursos e esforços institucionais para a organização da atenção básica, com a municipalização dos serviços e recriação da rede municipal. Dessa maneira, até 2002 as ações previstas pelos programas prioritários e pelas diretrizes gerais apresentadas anteriormente deveriam ser realizadas pelo quadro de profissionais existente, nas regiões de saúde que fossem sensíveis à discussão e incorporação de demandas de pessoas com deficiências.

Em meados de 2002, após a conclusão do trabalho de campo desta pesquisa, foram contratados apenas 8 (oito) terapeutas ocupacionais para comporem a rede municipal de saúde, principalmente para acompanhar atividades assistenciais junto a pessoas com deficiência em diferentes regiões do município.

Terapeutas ocupacionais: inserção nos serviços municipais

O estudo revelou que houve importante movimentação de profissionais entre as diferentes regiões do município e serviços em relação à distribuição de profissionais em 1993. Conforme apresentado na Tabela 1, em 2002, havia maior concentração de profissionais nos Distritos de Saúde mais centrais como Butantã, Santo Amaro, Mooca e Ipiranga, o que contrastava com a distribuição de 1992, que incluía número significativo de profissionais também em áreas mais periféricas como São Miguel, Itaquera e Campo Limpo (BARROS et al., 1995).

Tabela 1 - Terapeutas Ocupacionais, segundo serviços e posto avançado em saúde, em 2002.

Serviços	Posto Avançado em Saúde										Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	n	%
UBS ^a	3	10	2	2	-	1	7	2	-	3	30	20,3
CeCCO ^b	-	6	8	1	-	3	-	5	3	-	26	17,6
AE ^c	-	4	4	1	1	-	2	1	6	1	20	13,5
HDSM ^d	-	4	5	1	1	1	3	-	4	1	20	13,5
DST-AIDS ^e	-	2	7	-	1	1	1	2	3	-	17	11,5
FARMACO ^f	1	1	7	-	-	-	-	-	3	-	12	8,2
CRST ^g	1	1	-	1	-	-	-	2	3	-	8	5,4
HG ^h	3	-	-	4	-	-	-	-	-	1	8	5,4
CRF ⁱ	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	5	3,4
AMBSM ^j	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	0,6
CAPS ^l	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6
TOTAL	8	29	34	14	3	6	13	12	23	6	148	100,0
n												
%	5,5	19,6	23,0	9,5	2,0	4,0	8,8	8,1	15,5	4,0		100,0

Fonte: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

a. Unidade Básica de Saúde; **b.** Centro de Convivência e Cooperativa; **c.** Ambulatório de Especialidades; **d.** Hospital Dia em Saúde Mental; **e.** Serviços de Referência para atendimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; **f.** Serviços de Assistência em Farmacodependência; **g.** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; **h.** Hospital geral; **i.** Centro de Referência Infantil; **j.** Ambulatório de Saúde Mental; **l.** Centro de Atenção Psicossocial.

1. Centro; **2.** Butantã; **3.** Mooca; **4.** Tatuapé; **5.** Itaquera; **6.** São Miguel; **7.** Freguesia; **8.** Pirituba; **9.** Santo Amaro; **10.** Campo Limpo.

Outro elemento importante foi a distribuição de profissionais nos serviços, sendo 21% em Unidades Básicas de Saúde (UBS), 17,6% em Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), 13,5% em Ambulatórios de Especialidades (AE) e 13,5% em Hospital-Dia em Saúde Mental (HDSM), 11,5% em Centros de Acompanhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST AIDS) e 8,2% em Centros de Atenção para Farmacodependências (FARMACO) 5,4% nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e 5,4% em Hospitais gerais. Essa distribuição é semelhante à de 1992, para os CECCO e HDSM, mas para as UBS

houve diminuição de profissionais e ampliação de seu número nos AE, refletindo a tendência à migração para serviços especializados, já iniciada pelo PAS, em 1996. Naquela época foram criados novos serviços como DST - AIDS e FARMACO com terapeutas ocupacionais e outros profissionais, que não aderiram ao plano. Ao mesmo tempo, os Centros de Referência Infantil e CRST continuaram na estrutura própria de SMS, pois o PAS não teve interesse pela incorporação desses serviços, possivelmente pela complexidade da atenção que dispensavam e pela natureza das problemáticas da população que acompanhava como crianças e jovens com deficiências e incapacidades ou

adultos com agravos à saúde relacionados ao desenvolvimento de atividade laboral.

Dos 148 questionários enviados aos profissionais foram respondidos 31,1%, totalizando informações sobre 46 terapeutas ocupacionais disponíveis a participar do estudo. Vale ressaltar que a SMS não dispunha de informações sobre qual a população acompanhada pelos TO vinculados a UBS, Hospitais gerais e Ambulatórios de Especialidades.

Os questionários revelaram que grande parte dos profissionais ingressou na rede municipal em 1992. Cerca de 90% migrou por entre diferentes serviços, sendo que 21,7% realizou uma mudança, 34,8% duas mudanças e 21,7% três mudanças de locais de trabalho. Por outro lado, 63% dos profissionais estavam vinculados a unidades onde já existia o cargo de TO, caracterizando-se como profissionais de “2^a. e 3^a” geração de implantação da área nos serviços.

Quanto à experiência profissional observou-se que 13,3% tinham entre 10 e 12 anos de graduados, 24,4% entre 12 e 15 anos, 28,8% entre 15 e 20 anos e 33,5% mais de 20 anos de graduados. Cerca de 8,0% dos profissionais referiram ocupar cargos administrativos em 2002. Permaneceu a maior experiência profissional em saúde mental e psiquiatria e para cerca de 25% daqueles que estão nas UBS. A experiência em deficiência mental em 2002 foi maior que em 1993 o que é um fator positivo para a inclusão dessa população nos serviços de saúde.

Quanto à experiência profissional com deficiência física e reabilitação cerca de 40% tinham mais de 10 anos de trabalho na área e estavam prioritariamente vinculados a UBS ou AE. Nas unidades de saúde que seriam vinculadas aos núcleos de referência em reabilitação encontravam-se 37 profissionais sendo que cerca de 20% delas possuíam experiência em deficiência física, 3% em deficiência sensorial e 10% em deficiência mental, informações relevantes que podem subsidiar processos de capacitação desses profissionais para incorporação a esses serviços.

No que diz respeito à experiência em geriatria e gerontologia esta se ampliou em relação a 1993, pois cerca de 30,0% tinha alguma experiência na área e 7,0% dos profissionais com experiência de mais de 10 anos.

Verificou-se também um discreto aumento da experiência profissional em saúde do trabalhador, provavelmente vinculado à permanência dos profissionais nos CRST durante o período do PAS.

Destacou-se em 10 anos o surgimento de profissionais com experiência em DST/AIDS e Farmacodependência devido à criação de serviços específicos para essa demanda entre 1996 e 2001.

Quanto à capacitação profissional observou-se que 48,9% realizaram algum curso de aperfeiçoamento ou especialização em diferentes áreas de conhecimento concentrando-se nas áreas de Reabilitação/deficiência (24,1%), Saúde Mental e Psiquiatria (20,7%), Técnicas e Recursos Terapêuticos (20,7%), Geriatria e Gerontologia (13,8%), Saúde Pública e/ou Coletiva (10,3%). As especializações concentraram 44,4% dos profissionais e em torno de 9% haviam realizado mestrado, predominantemente na área de Psicologia.

Com relação ao acompanhamento da literatura da área permanece o interesse no campo da saúde mental e reabilitação/deficiência. No período houve um aumento da participação dos profissionais em atividades de divulgação sendo que 53,3% dos profissionais já apresentaram trabalhos em eventos científicos, contra 36,4% em 1993 e cerca de 40% já realizaram pesquisa contra 30,9% em 1993. Também permaneceu alto (70%) o interesse e disposição em participar de atividades de pesquisa que implicassem na reflexão sobre a realidade de assistência.

Terapeutas ocupacionais e a atenção à pessoa com deficiência

O estudo levantou informações sobre a população atendida, as ações desenvolvidas, os recursos terapêuticos e condições de trabalho a partir de quatro perguntas abertas.

Dos profissionais que participaram da pesquisa 58,7% trabalhavam na atenção a pessoas com deficiências.

A população assistida por esses profissionais, conforme apresentado na Tabela 2. era composta por bebês, crianças e adolescentes com alterações neurológicas e/ou problemas de aprendizagem e/ou com deficiência (estão incluídos aqueles com Paralisia Cerebral, Paralisia Obstétrica, Deficiência Mental, bebês de risco) – 23,3%, também adultos e idosos com problemas mentais e/ou seqüelas neurológicas – 16,3%, seguidos de pessoas com distúrbios psiquiátricos - 14%, população com deficiência e/ou comprometimentos físicos (clínico, ortopédico, pós-cirúrgico – inclui Hipertensão, Diabetes, Doenças relativas ao processo de trabalho (LER/DORT, entre outros) – 11,6%, e também população em geral (sem comprometimentos funcionais extensos, sendo constituídos principalmente por idosos). Percebeu-se que em 10 anos houve aumento da diversidade de problemáticas atendidas indicando ampliação da experiência de atendimento em áreas, até então, não clássicas na TO. Como seria de se esperar, a maior diversidade estava presente entre os profissionais das UBS.

Tabela 2 - População acompanhada por terapeutas ocupacionais, segundo serviços em 2002.

População Atendida	Serviços						Total	
	AE	CeCCO	CRI	CRST	DST/AIDS	UBS	n	%
1. Bebês, crianças e/ou adolescentes com atraso no DNPM, com alterações neurológicas e/ou problemas de aprendizagem e/ou deficiência ¹	6	2	5	-	-	8	21	77,7
2. Adultos e idosos com seqüelas neurológicas e/ou problemas mentais – inclui AVE ² e Deficiência Mental	4	3	-	-	1	5	13	48,1
3. População com transtornos psíquicos	1	4	-	1	-	6	12	44,4
4. Pessoas com incapacidades decorrentes de diabetes, LER/DORT ³ ou em acompanhamento pós-cirúrgico	3	2	-	1	-	4	10	37,0
5. População sem problemas graves de saúde incluindo crianças e, principalmente, idosos	1	4	-	-	1	4	10	37,0
6. População em situação de risco e vulnerabilidade social	-	1	-	-	1	4	6	22,2
7. Crianças e /ou adolescentes com dificuldades emocionais, de aprendizagem e/ou de comportamento	1	1	-	-	-	3	5	18,5
8. Pessoas com problemas sensoriais	-	-	1	-	-	2	3	11,1
9. Pessoas com hanseníase	-	2	-	-	-	-	2	7,4
10. Pessoas com Deficiências Múltiplas	-	-	1	-	-	1	2	7,4
11. Familiares de pessoas atendidas pelos profissionais	-	-	1	-	-	1	2	7,4

AE. Ambulatório de Especialidades; CeCCO. Centro de Convivência e Cooperativa; CRI. Centro de Referência Infantil; CRST. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; DST/AIDS. Serviços de Referência para atendimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; UBS. Unidade Básica de Saúde.

1. Inclui crianças com Paralisia Cerebral, Paralisia Obstétrica e/ou Deficiência Mental.

2. AVE - Acidente vascular-encefálico.

3. LER - Lesões por Esforços Repetitivos e DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

Uma das alternativas de atenção às pessoas com deficiências articulada pela administração municipal foi a apresentação ao Ministério da Saúde da proposta de credenciamento de 44 unidades de referência em reabilitação física e dos serviços de diagnóstico audiológico e indicação de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), segundo as portarias no. 432 de 14 de no-

vembro de 2000 e de no. 818 de 5 de junho de 2001 (Brasil, 2000 e 2001)¹. Estes serviços viriam a funcionar com a equipe de profissionais existentes na secretaria (121 profissionais de reabilitação). Até 2002, estavam em fase de implantação 3 unidades (Butantã na zona oeste, Cidade Ademar na zona sul e Sapopemba, próximo à zona leste) (HO, 2003).

¹ Segundo a portaria no. 818 do Ministério da Saúde a Rede seria integrada por serviços de primeiro nível de referência intermunicipal de reabilitação física, serviços de nível intermediário, serviços de alto nível de referência em Medicina Física e Reabilitação e de Leitos de Reabilitação em hospital geral ou especializado. Esses serviços deverão ser regionalizados, com estrutura especializada de alta, média e baixa complexidade tecnológica, com áreas físicas adequadas, profissionais habilitados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. Contarão com equipes profissionais específicas e número mínimo de pacientes a serem acompanhados por dia (Brasil, 2001). A SMS propôs o credenciamento de seus ambulatórios de especialidades para essas modalidades de atendimento e, até 2002, não havia ampliado a equipe de profissionais de reabilitação. Assim, apenas no Hospital Infantil Menino Jesus no Centro, no Ambulatório de Especialidades do Butantã, do Ipiranga, de Cidade Ademar e do Hospital Dr. Fernando Pires no Campo Limpo é que seria possível contar com equipes de reabilitação com fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, os demais serviços contariam apenas com um ou dois profissionais de uma ou duas áreas, não se constituindo, portanto, em serviços de referência com a complexidade necessária para acompanhamento de reabilitação.

Ao se observar de que maneira desenvolviam suas atividades assistenciais percebeu-se que os terapeutas estão realizando atendimento grupal (20,2%), atendimento individual/dupla (17,3%), orientação/ planejamento familiar (9,6%), atendimento em co-terapia (7,7%), articulação de recursos da comunidade e também ações para inclusão escolar (ambos com 4,8%).

Por outro lado, os principais recursos terapêuticos utilizados pelos terapeutas ocupacionais, apresentados na Tabela 3 seriam as técnicas e os materiais para abordagem do neurodesenvolvimento, integração sensorial e

estimulação global (48,1%); jogos, brinquedos, brincadeiras, enfim, atividade lúdica (48,1%); materiais e atividades expressivas e artesanais (40,7%), atividades físicas e recreativas (37%) e a utilização de oficinas (29,6%) e atividades produzidas com sucatas e outros materiais (22,2%). Cerca de 10% dos profissionais referiram utilizar outras atividades como eventos culturais, criação de equipamentos de ajuda, desenvolvimento de técnicas de neuropsicologia, gestalt, psicodrama, comunicação alternativa e ou suplementar, bem como também referiram a utilização de processos de avaliação padronizados.

Tabela 3 - Recursos terapêuticos utilizados pelos terapeutas ocupacionais, segundo serviços, em 2002.

Recursos terapêuticos	Serviços						Total	
	AE	CECCO	CRI	CRST	DST/AIDS	UBS	n	%
1. Técnicas e materiais para neurodesenvolvimento, integração sensorial e estimulação global ^A	6	-	4	-	-	3	13	48,1
2. Jogos, brinquedos, brincadeiras, atividades lúdicas incluindo utilização de livros infantis	6	1	3	-	-	3	13	48,1
3. Materiais e atividades artesanais e artísticas ^B	2	2	2	1	1	3	11	40,1
4. Atividades físicas e/ou recreativas ^C	2	2	-	1	1	4	10	37,0
5. Oficinas de atividades ou de técnicas específicas ^D	1	4	-	-	-	3	8	29,6
6. Materiais de sucata e de reciclagem	2	-	-	1	-	3	6	22,2
7. Comunicação alternativa e/ou suplementar	2	-	-	-	-	1	3	11,1
8. Técnicas de avaliação cognitiva, cinesiológica e/ou emocional ^E	1	-	1	-	-	1	3	11,1
9. Tecnologia de ajuda com ou sem recursos simplificados	1	-	1	-	-	1	3	11,1
10. Técnicas de neuropsicologia, psicodinâmica, gestalt ou psicodrama	-	-	-	1	-	2	3	11,1
11. Atividades externas aos serviços incluindo participação e organização de eventos culturais	-	1	-	-	-	2	3	11,1
12. Dinâmica de grupo	-	-	-	-	1	1	2	7,4
13. Outros incluindo abordagem em Reabilitação baseada na Comunidade e/ou utilização de recursos humanos e/ou materiais da comunidade	1	-	-	-	-	1	2	7,4
14. Atividades da Vida Diária e Atividades da Vida Prática	1	-	1	-	-	-	2	7,4
15. Atividades específicas para desenvolvimento de projetos pessoais da vida cotidiana	-	-	-	-	-	1	1	3,7
16. Grupos operativos	-	1	-	-	-	-	1	3,7

AE. Ambulatório de Especialidades; **CeCCO.** Centro de Convivência e Cooperativa; **CRI.** Centro de Referência Infantil; **CRST.** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; **DST/AIDS.** Serviços de Referência para atendimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; **UBS.** Unidade Básica de Saúde

A. barras, cones, bolas, rolos entre outros; **B.** desenho, pintura, pirogravura, papéis, tintas, lápis, linhas, lãs, miçangas e massa de modelar; **C.** caminhada, alongamento, relaxamento, método Laban e técnicas de psicomotricidade; **D.** artesanato, dança circular, taichi, memória, pintura em tela, bordado, jardinagem, danças de salão, percussão, karatê, jogos cooperativos, expressão corporal e comunicação; **E.** incluindo o PEDI Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Inventário de avaliação pediátrica de disfunção traduzido e com adaptação de Marisa C. Mancini, desenvolvido para mensuração do nível funcional de crianças de 6 meses a 7 anos e meio ou crianças mais velhas com atraso funcional. Avalia áreas de auto-cuidado, mobilidade e função social [on-line]. Disponível em: <http://www.ufscar.br/~cafisio /te2.htm>. Acesso em: 27 jul. 2003.

Os recursos terapêuticos utilizados foram semelhantes aos indicados pelos profissionais em 1993, tendo sido incorporadas abordagens comunitárias e de caráter social, ao mesmo tempo em que ficou evidente que os profissionais das UBS utilizavam a maior variedade de recursos, o que era compatível com a diversidade de problemáticas que vinham acompanhando no período da pesquisa.

Grande parte dos profissionais (62,9%) refere condições de trabalho precárias, caracterizadas por espaço físico insuficiente e inadequado nas unidades, escassez ou muito tempo de uso de materiais permanentes, escassez de tipos e quantidade de materiais de consumo, sendo que, muitas vezes, os próprios terapeutas os providenciavam pessoalmente ou através da realização de eventos para arrecadação de recursos financeiros para sua aquisição. Quanto a recursos humanos, cerca de 20% dos profissionais referiu que não contavam com trabalho em equipe e cerca de 14% informou que em suas unidades existiam barreiras arquitetônicas que impediam a circulação de pessoas com mobilidade reduzida. Por outro lado, os profissionais que referiam boa infraestrutura física (37%), boa reposição de materiais (25,9%) e existência de trabalho em equipe de maneira integrada (11,1%) estavam localizados nos serviços das regiões do Butantã, Mooca e Cidade Ademar, regiões mais centrais e que possuíam rede de serviços públicos mais organizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que a permanência e manutenção das atividades assistenciais junto a pessoas com deficiência, que contavam com terapeutas ocupacionais, dependeram do esforço profissional e pessoal. Observou-se ampliação da problemática da demanda acompanhada pelos profissionais, principalmente no âmbito das UBS, nível de atenção em saúde em que as situações assistenciais são de tal complexidade, que exigem que os profissionais lancem mão de outros referenciais, além daqueles do campo biomédico, para a criação de estratégias que envolveriam menor uso de tecnologias duras, mas que apoiadas numa compreensão mais complexa do processo de saúde/doença/deficiência/reabilitação possibilitariam outras maneiras de estruturar a atenção, mais próximas ao contexto sociocultural da população acompanhada.

No período do estudo, os TO além das atividades tradicionais de acompanhamento da população com deficiência nos diferentes serviços (acompanhamento individual, grupal, familiar entre outros) passaram a desenvolver *atividades comunitárias e territoriais*, a acompanhar a *inclusão escolar* de parte da população infantil, a reali-

zar *atendimento domiciliar* no âmbito do PSF e de UBS, a *acompanhar a população idosa e sem comprometimentos de saúde*, a *desempenhar funções de gerenciamento de serviços e de assessoria em nível regional*, participando de forma ativa da complexidade de funções implicadas no serviço público municipal de saúde.

Os profissionais também foram responsáveis pelo suprimento de recursos materiais para o desenvolvimento da atenção ora reunindo materiais ora criando alternativas para sua aquisição. Também estavam preocupados com sua formação profissional participando de cursos de atualização, especialização e aperfeiçoamento, bem como apresentando trabalhos em eventos científicos e de divulgação. Destacou-se também o fato de que parte deles investiu na formação acadêmica de pós-graduação *strictu sensu*. Ou seja, eram profissionais ativos em sua área de especialidade participando das oportunidades colocadas.

No entanto, as diretrizes assistenciais apresentadas pela Assessoria do CoGest – SMS, como princípios estruturadores da inclusão e permanência da população com deficiência nos serviços, não se apresentaram na prática assistencial dos profissionais. As propostas de diretrizes concentraram-se nos níveis centrais de SMS, atingindo de forma superficial aquelas desenvolvidas pelos Distritos e unidades de saúde. A inexistência de um programa de acompanhamento específico dessa população nas diferentes regiões com destinação de recursos financeiros e algum grau de prioridade na rede de serviços pareceu transferir para os Terapeutas ocupacionais, e outros profissionais, a responsabilidade da atenção, sem o respaldo político-institucional necessário.

Vale lembrar que nesse período vinha se estruturando a municipalização dos serviços da SMS junto ao Ministério da Saúde. Naquele momento, o município ainda não contava com a gestão plena da atenção básica de saúde, o que limitava a destinação de recursos para estruturação de serviços de maior complexidade revelando o grau de prioridade de governo para o setor saúde. Vale ressaltar que entre 1989 e 1992, a SMS estruturou sua rede de assistência, principalmente, com recursos municipais, o que não se ampliou no período de 2001 a 2002.

Mesmo a proposta de credenciamento junto ao Ministério da Saúde de 44 unidades para a formação de rede descentralizada e regionalizada de serviços de referência em reabilitação, com diferentes níveis de complexidade, demonstrou grande fragilidade, pois as unidades escolhidas possuíam quadro de profissionais incompleto.

O fato de não ter havido novas contratações de TO no período do estudo, assim como de outras categorias

profissionais ligadas à reabilitação, demonstrou pouca preocupação com a demanda assistencial que os profissionais poderiam acompanhar tornando a atenção responsabilidade quase que exclusiva dos profissionais da rede e impossibilitando a universalização, integralidade e equidade defendidas como princípios estruturadores do SUS.

A política assistencial realizada no período priorizou o desenvolvimento da atenção básica a partir do PSF, sem articulação com demandas não previstas pelo programa do Ministério da Saúde. Assim, as UBS passaram a ser compreendidas como unidades para dispensação apenas de atenção básica quase que “empurrando” os profissionais de outras áreas para os serviços de especialidades, sem realizar essa ação de forma planejada e estruturada, o que se observou tanto do ponto de vista dos profissionais como pela precariedade da rede de serviços de atenção e de referência para pessoas com deficiências no município.

Diante desse cenário, caberia aos profissionais da rede, e aqueles preocupados com a ampliação da assistência e implantação do SUS, a defesa intransigente da não simplificação da atenção tanto pelos danos que essa postura traz para populações específicas como para a criação de pos-

tos de trabalho para os profissionais.

Após dez anos de criação de cargo e função em terapia ocupacional na rede municipal de saúde permaneceu a necessidade de estruturação de políticas específicas para populações em desvantagem (pessoas com deficiências, com transtornos mentais, idosos entre outros) agora associada à discussão sobre qual seria o papel dos serviços municipais de saúde e qual o perfil de rede assistencial que se pretendeu priorizar. A ênfase colocada na estruturação da atenção básica a partir do PSF traz novos dilemas, pois existe maior conhecimento sobre as necessidades de saúde e os perfis de adoecimento da população, ao mesmo tempo em que são insuficientes os serviços de referência em outros níveis de complexidade (diagnóstico, tratamento e reabilitação).

Há que se realizar esforços coletivos para problematizar a qualidade da atenção prestada pelos serviços municipais sob pena de se constituírem serviços despreparados para acompanhar os problemas de saúde da população de uma das maiores cidades da América Latina. Essa discussão pertence à população, aos profissionais da atenção direta, aos gestores e à Universidade.

HO, D. C.; OLIVER, F. C. Occupational Therapy and the health of the person with disabilities in the Municipal Health Secretary: a discussion on a ten-year professional incorporation. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 3, p. 114-123, set./dez., 2005.

ABSTRACT: This study regards the insertion of occupational therapists (OT) in the municipal public system to better comprehend the network distribution and the assistance for people with disabilities. It was undertaken in 2002 through interviews with professionals of the Municipal Health Secretary (MHS), documentary research and questionnaires to characterize the activities, answered by 46 OTs (31,1%). In 1993 there were 180 active professionals and in 2002 only 148. Between 1997 and 2000 the municipal services network was dismantled and other health units were created for the follow-up of pharmacodependents and people with STDs, respectively with, 11,5% and 8,1% of the professionals, by relocating them from the Basic Health Units (BHU) and mental health services. In 2002, a concentration of professionals in the municipal central areas could be observed due to their relocation and the prioritization of specialized services, distributing the OTs as such: 21% BHU, 17,7% (Center of Conviviality and Cooperative), 13,8% (Out-patient units) and 13,8% (Day Hospitals). Creation of alternative assistance for people with disabilities remains an individual commitment of the professionals, not being structured as a specific programme. Since 2001, MHS has been qualifying reference services for people with disabilities for the Health Ministry without increasing the number of professionals. Much the same occurred with the development of priority programmes, such as, Born Well (*Nascer Bem*), Holding (*Acolhimento*), Citizen Rescue (*Resgate-Cidadão*), A New Mind (*Cabeça-Feita*) and the Family Health Program. Observing the health policy of the country's largest city is to comprehend the challenges for the health assistance and the professional group.

KEY WORDS: Health services. SUS (BR). Health policy. Disabled persons. Community health services.

REFERÊNCIAS

BARROS, D. D.; OLIVER, F. C.; LOPES, R. E. **Novas propostas assistenciais em São Paulo: estudo da recente incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no município de São Paulo**. Relatório parcial de pesquisa. São Paulo, 1995. 83p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 818 de 5 de junho de 2001**. Dispõe sobre a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física [on line]. Disponível em: <http://dtr2001.saúde.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm>. Acesso em: 11 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 432 de 14 de novembro de 2000**. Dispõe sobre a criação de serviços de diagnóstico audiológico e indicação de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) [on line]. Disponível em: <http://dtr2001.saúde.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-432RP.htm>. Acesso em: 11 nov. 2003.

HO, D.C. **A inserção da terapia ocupacional no contexto das**

ações de saúde da pessoa com deficiência em 2002 no município de São Paulo: uma atualização. Relatório parcial de pesquisa. São Paulo, 2003. 62 p.

LEÃO, A.; NORI, A. M. C.; MALFITANO, A. P.; OLIVEIRA, A. E.; LOPES, R. E. Terapia Ocupacional e políticas públicas de saúde na cidade de São Paulo. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.**, São Carlos, v. 8, n. 1, p. 48-56, 2000.

LOPES, R. E. **Cidadania, Políticas Públicas e Terapia Ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no município de São Paulo**. 1999. Tese (doutorado) – Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 1999.

OLIVER, F. C. **Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação da assistência pelos serviços municipais de saúde numa região de São Paulo (1989-1995)**. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1998.

Recebido para publicação: 05/10/2005

Aceito para publicação: 30/10/2005