



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL



PRISCILA DA SILVA PEREIRA

**Terapia Ocupacional e Suas Práticas em Saúde na Atenção Básica: O
Itinerário de uma Disciplina de Graduação**

João Pessoa- PB

2015

PRISCILA DA SILVA PEREIRA

Terapia Ocupacional e Suas Práticas em Saúde na Atenção Básica: O Itinerário de uma Disciplina de Graduação

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Bacharelado em Terapia Ocupacional, do Centro de Ciência da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito para obtenção do diploma de graduação.

Orientadora: Professora Dra. Ângela Cristina Dornelas da Silva

João Pessoa - PB

2015

P436t Pereira, Priscila da Silva.

Terapia ocupacional e suas práticas em saúde na atenção básica : o itinerário de uma disciplina de graduação / Priscila da Silva Pereira. -- João Pessoa: [s.n.], 2015.

29f.

Orientadora: Ângela Cristina Domelas da Silva.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Atenção primária em saúde. 2. Saúde da família. 3. Terapia ocupacional.

BS/CCS/UFPB

CDU: 614:615.851.3(043.2)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida, por ter me proporcionado participar desta jornada de aprendizado e vivências, pela saúde, força e coragem acima das dificuldades.

À minha família, pela enorme motivação, amor e carinho.

À minha orientadora Professora Ângela Cristina Dornelas da Silva, pela dedicação e apoio na construção deste trabalho e demais assuntos que estiveram ao seu alcance.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração pela participação em todos os aspectos durante esta passagem para a minha formação.

A todos (as) colegas que participaram direta ou indiretamente desta construção.

E a todos que estiveram de algum modo contribuindo para a minha formação profissional.

"... A grandeza não consiste em receber honras, mas em merecê-las..."

Aristóteles

RESUMO

A Terapia Ocupacional trabalha na promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de complexidade. Este trabalho tem por objetivo descrever e discutir as experiências vivenciadas em uma disciplina do curso de Terapia Ocupacional cujo cenário de prática é a Atenção Básica à Saúde, destacando as intervenções grupais e as visitas domiciliares. A experiência se deu no segundo semestre de 2013, e as atividades foram realizadas através da articulação de uma disciplina teórico-prática e as demandas existentes da população do território. Em razão disto, surgiram métodos de intervenção que produziram ações voltadas para a ampliação da rede de atenção à saúde mental, interação social de idosos institucionalizados e promoção de saúde para cuidadores em saúde. Foram realizadas visitas domiciliares com intuito de promover escuta qualificada e orientação em saúde, como também atividades em grupo. A partir da experiência foi possível transportar o conhecimento adquirido em sala de aula para a comunidade e expandir as ações do serviço de saúde, atingindo demandas existentes no território. A ação com base no território proporcionou busca ativa de casos, identificação das principais necessidades de saúde, realização de ações de prevenção, promoção e reabilitação na própria comunidade e nos serviços de saúde, integrando o usuário a uma equipe multiprofissional. Notou-se necessária à atuação do Terapeuta Ocupacional neste nível de atenção a saúde.

Palavras-Chave: Atenção Primária em Saúde, Saúde da Família, Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Occupational therapy works on promotion, prevention, treatment and recovery of health at different levels of complexity. This paper aims to describe and discuss the experiences in a discipline the course of Occupational Therapy whose practical scenario is the Basic Health Care, highlighting the group interventions and home visits. The experience took place in the second half of 2013, and the activities were carried out through the combination of theoretical and practical discipline and existing demands of the territory's population. Because of this, there were intervention methods that produced actions aimed at expanding the network of attention to mental health, social interaction institutionalized elderly and health promotion for health care providers. Home visits were carried out aiming to promote qualified hearing and health guidance, as well as group activities. From experience it was possible to carry the knowledge gained in the classroom to the community and expand the actions of the health service, reaching existing demands in the area. The action on the basis of territory provided active case finding, identifying the main health needs, development of prevention, promotion and rehabilitation in the community and in health services, integrating the user to a multidisciplinary team. It was noted necessary to the performance of the Occupational Therapist at this level of health care.

Keywords: Primary Health Care, Family Health, Occupational Therapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. Objetivo geral.....	10
2.2. Objetivos específicos.....	10
3. METODOLOGIA.....	11
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4.1 Considerações Sobre o Sistema Público de Saúde Brasileiro.....	12
4.2. A Terapia Ocupacional na Atenção Básica.....	15
5. ITINERÁRIO DA DISCIPLINA.....	18
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1-INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma “Política de Estado” que se materializou a partir de 1988, na chamada Constituição cidadã, através da qual a saúde passou a ser direito do cidadão e dever do Estado. Neste sentido, o SUS assumiu os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade para atender as questões de saúde da população brasileira, implicando em um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior. O SUS tem a missão de garantir o acesso universal da população aos serviços de saúde de forma equitativa e integral. Tem como estratégia um sistema de administração descentralizado, regionalizado e com controle social (TEIXEIRA, 2011).

Neste contexto, os serviços de saúde funcionam como redes de atenção à saúde (RAS), que organizados permitem ofertar a uma determinada população uma atenção integral e longitudinal. As RAS são coordenadas pela atenção básica à saúde (MENDES, 2011).

Desta maneira, as RAS devem garantir um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, implicando em intervenções preventivas, de promoção da saúde, curativas, reabilitadoras e paliativas. Neste arranjo, a atenção básica à saúde (ABS) se coloca como de extrema importância, pois é o centro de comunicação e organização do cuidado.

Assim, a ABS consiste em um conjunto de ações de saúde que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Deve atingir o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, sendo a principal porta de entrada para a RAS. O objetivo da ABS é oferecer assistência em saúde de modo individual e coletivo para impactar na saúde da população e promover a autonomia das pessoas (BRASIL, 2012).

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família, que em 2006 passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando a reorganização da Atenção Básica à Saúde. A ESF pode ser compreendida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, promovendo um maior potencial nos processos de trabalho,

nos seus princípios e diretrizes, na capacidade de resolutividade e impacto nas questões de saúde do coletivo e individual, com evidente custo efetivo (BRASIL, 2006).

Com vistas à ampliação do acesso e da integralidade na assistência em saúde, em 2008 o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de expandir a abrangência e o escopo das ações da ABS, aumentando a resolutividade, ampliando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009b; ROCHA, PAIVA, OLIVEIRA, 2012).

Neste cenário a Terapia Ocupacional, assim como outras profissões, passou formalmente a fazer parte da Política Nacional da Atenção Básica, embora, desde a década de 2000 a literatura vem descrevendo sobre a inclusão da Terapia Ocupacional na Estratégia Saúde da Família (ROCHA, PAIVA, OLIVEIRA, 2012).

Rocha et al (2012) destacam que nas décadas de 1970 e 1980, a participação de profissionais da Terapia Ocupacional nas discussões políticas repercutiu na construção de novas possibilidades de intervenção na área da saúde e em outras áreas, em projetos de inserção social e de luta por direitos de pessoas com deficiência, no campo educacional e social, com práticas voltadas para a população infantil, adolescentes, idosos, presidiários, entre outras.

Assim, aos poucos a Terapia Ocupacional vem ganhando espaço no que se refere aos recursos humanos em saúde. O terapeuta ocupacional na ABS pode ser considerado uma possível referência de cuidado por ser um profissional com habilidades e competências necessárias para identificar outras formas de cuidado mais adequadas e específicas as necessidades da pessoa, família, organizações e populações (CUNHA; SANTOS, 2009).

O terapeuta ocupacional pode desenvolver seu trabalho utilizando-se de diferentes ferramentas, nos diferentes contextos e com populações distintas, atendendo assim as demandas existentes. O tratamento realizado pode ser de forma individualizada ou em grupo, de acordo com os objetivos sugeridos aos sujeitos (CUNHA; SANTOS, 2009). De forma geral, o cotidiano, o trabalho no território e o desenvolvimento dos processos de inclusão social são compreendidos enquanto objetos de ação e atuação dos terapeutas ocupacionais na atenção primária em saúde. (JARDIM, AFONSO, PIRES, 2008).

Portanto, observando os campos de prática da Terapia Ocupacional, considerando a escassez do profissional neste nível de atenção no Estado da Paraíba, e compreendendo as

possibilidades que a Terapia Ocupacional tem para contribuir com o cuidado integral na ABS, surgiu o interesse em relatar e discutir as vivências, enquanto aluna do curso de graduação em Terapia Ocupacional, em uma disciplina prática desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de João Pessoa, Paraíba.

2-OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

Descrever e discutir as experiências vivenciadas em uma disciplina do curso de Terapia Ocupacional cujo cenário de prática é a Atenção Básica à Saúde.

2.2- Objetivos Específicos

- Descrever a dinâmica da disciplina cujo cenário de prática é a atenção básica à saúde;
- Descrever as visitas domiciliares;
- Descrever as ações grupais desenvolvidas na comunidade.

3-METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um relato do percurso de uma disciplina, sob a ótica de uma estudante de graduação. A disciplina em questão intitula-se “Áreas de Intervenção da Terapia Ocupacional e Cenários de Prática I”, que compõe a grade curricular do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e é ofertada no quinto período do curso.

A experiência ocorreu durante o segundo semestre de 2013, em sala de aula, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no Município de João Pessoa-PB, e no território assistido pela UBS. As atividades práticas foram realizadas através da articulação dos professores e alunos da disciplina com a Equipe de Saúde da Família (EqSF), considerando as demandas existentes na população do território.

Foram realizadas visitas domiciliares, por duplas de alunos, supervisionadas por um docente e mediadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS's). As atividades em grupo foram constituídas através da demanda que existia no território, sendo formados três grupos na comunidade.

A fim de refletir e discutir o processo vivido foram utilizados como referencial teórico a legislação, livros e artigos científicos relacionados à Atenção Básica a Saúde no contexto brasileiro, assim como foram utilizados artigos, livros e a legislação pertinente para a discussão da inserção e importância da Terapia Ocupacional na Atenção Básica à Saúde.

4-REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Considerações sobre o Sistema Público de Saúde Brasileiro

A Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo como seus princípios a universalização, a equidade, a integralidade, e como suas diretrizes a descentralização, a hierarquização e a participação popular, objetivando reduzir as dificuldades existentes entre os direitos sociais garantidos, em lei, a prática das ações nos serviços públicos de saúde à população brasileira (BRASIL, 2006).

Apesar da criação do SUS em 1988, apenas em 1990 foi publicada a Lei nº 8.080 entendida como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados pelas três esferas de caráter público (federal, estadual e municipal) e que corresponde às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990).

Ao longo da história do SUS, as políticas de saúde foram aprimorando seus instrumentos para garantir o acesso a toda a população e a qualidade do serviço prestado. Neste sentido, a atenção básica à saúde (ABS) veio se configurando como política para efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

A Atenção Básica à Saúde se caracteriza por um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem tanto a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, como a manutenção da saúde, constituindo-se no primeiro nível de atenção à saúde, adotado pelo SUS (BRASIL, 2009a).

Portanto, a ABS orienta-se pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e é responsável pela coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

De acordo com Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), são funções deste nível da atenção:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Cabe aos municípios a oferta de serviços na atenção básica à saúde, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo (BRASIL, 2009a).

As ações na ABS são realizadas por equipe multiprofissional, com presença de profissionais: com formação de nível superior (médico, enfermeiro, dentista); com formação de nível técnico (técnico em enfermagem, técnico em saúde bucal); e os agentes comunitários de saúde. A equipe está vinculada a uma Unidade Básica de Saúde que assiste a população de um determinado território (BRASIL, 2012).

Neste nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, o que favorece o prolongamento da vida. . (BRASIL, 2009a). Assim, no que se refere à organização da atenção, é responsabilidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) organizar as ações na comunidade e o modo como os usuários utilizarão os serviços em todos os níveis de atenção.

A ESF tem por propósito reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, ou seja, promover a qualidade de vida da população, o que se compreende como princípio da vigilância à saúde, envolvendo a inter e multidisciplinaridade, e a integralidade do cuidado sobre a população assistida nas áreas de abrangência da unidade de saúde (BRASIL, 1998).

Portanto, a Atenção Básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS, no que diz respeito à prevenção de riscos e agravos à saúde, consultas e urgências; cabendo

também a esta proceder os encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.

Logo, as equipes devem estar comprometidas em cuidar da saúde de famílias priorizando a constituição do vínculo de confiança que é fundamental ao desenvolvimento do trabalho na atenção básica. Também é função da equipe implementar a descentralização dos serviços e das ações de saúde; democratizar o acesso, a informação e a participação nos processos de construção da saúde, além de fomentar o direito à saúde como um direito inerente a cidadania (LANCMAN; BARROS, 2011).

A partir da observação dos problemas relativos à resolutividade das equipes em decorrência dos problemas diversos de saúde da população, em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, com o objetivo de ampliar a resolutividade e a inserção da ESF na rede de serviços. O NASF conta com uma equipe multiprofissional, que visa oferecer apoio técnico e pedagógico a um determinado número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) (BRASIL, 2008).

O NASF busca junto às EqSF a efetivação do cuidado integral à saúde, partindo da qualificação e complementaridade das ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde, como também a organização e coordenação das redes de cuidados. Isto implica no acompanhamento longitudinal dos usuários, melhorando assim a resolutividade e diminuindo os encaminhamentos a outros níveis de atenção (LANCMAN; BARROS 2011).

A equipe NASF pode ser composta por diferentes profissionais de nível superior, dentre eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2014).

O NASF funciona com a ideia de dar apoio matricial no contexto da atenção básica. Apoio matricial é uma ferramenta que objetiva dar suporte e aumentar a capacidade de cuidado, ampliando a abrangência e o escopo das ações das equipes de saúde (BRASIL, 2014). Este apoio pode ocorrer de duas formas: com a oferta de assistência especializada ao usuário nas situações de maior complexidade, após pactuação entre EqSF e NASF; e com oferta de suporte técnico pedagógico à equipe a partir de intervenções compartilhadas entre profissionais (BRASIL, 2014).

Vale salientar que o sistema de saúde brasileiro se organiza em redes de atenção a Saúde (RAS) para promover as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da

saúde. Essa organização das ações e serviços deve apresentar uma interconexão em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (SANTOS; ANDRADE, 2008)

As RAS “são organizadas por pontos de atenção que prestam assistência integral e contínua a uma população definida, esses pontos se referem à atenção básica, média e de alta complexidade” (MENDES, 2011, p.50).

Esses pontos são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde para promover o cuidado integral, e referem-se aos domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010a).

4.2 A Terapia Ocupacional na Atenção Básica

A partir de diferentes perspectivas de saúde no Brasil, na década de 80, surgiram novos campos de atuação para Terapia Ocupacional, campos estes paralelos aos espaços de segregação e de reabilitação física e mental. Compreendendo uma diferente lógica de organização da saúde, priorizando os sujeitos como agente ativo do processo saúde doença, abrem-se novos caminhos para atuações e práticas terapêuticas ocupacionais com prevenção e promoção de saúde (PINHEIRO, CECCIM, MATTOS, 2005; OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL, 2003).

A Terapia Ocupacional na Estratégia de Saúde da Família, voltada para a Saúde Coletiva atua junto a população com características de sofrimento mental, deficiências e incapacidades, objetivando sua intervenção na singularidade e subjetividade do sujeito, e não na patologia. Sujeitos esses inseridos e atuantes em sua comunidade, cultura e território (ROCHA; KRETZER, 2009; LANCMAN; BARROS, 2011; ROCHA; SOUZA, 2011).

Na Atenção Básica, como nos diversos níveis assistenciais, o terapeuta ocupacional não se caracteriza como um profissional isolado, ele participa de equipes e, por esta característica, ações deste profissional muitas vezes se assemelham em ações básicas a outros profissionais, como referem alguns autores (ROCHA; KRETZER, 2009; LANCMAN; BARROS, 2011; ROCHA; SOUZA, 2011).

As ações compartilhadas podem ser entendidas como o atendimento de paciente ou de grupos, ações educativas, reuniões técnicas, ações administrativas (como relatórios e

preenchimento de prontuários, por exemplo), planejamento de atividades, articulação intersetorial, suporte técnico-pedagógico, formação continuada, estudo do território e identificação de necessidades e demandas, promoção da saúde e prevenção de doenças, minimização de riscos e agravos na saúde, dentre outras.

Seguindo esse pensamento, Rocha, Paiva e Oliveira (2012) enfatizam também que:

No campo da intervenção terapêutica ocupacional na ABS é importante lembrar que ela deverá ser pautada pelas demandas existentes no território, não pelas patologias ou ciclos de vida, deve considerar a necessidade de ações de reabilitação, de intervenção junto às pessoas em sofrimento psíquico e na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias, em todas as fases do desenvolvimento humano, ponderando também as necessidades de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade ou adoecimento, acamadas, restritas ao domicílio e com alterações nas suas capacidades funcionais. Os casos sob os cuidados da terapia ocupacional são de sua responsabilidade e das equipes de Saúde da Família conjuntamente (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012 p.357).

Rocha et al (2012) ressaltam que a profissão pode realizar ações nas diversas áreas tidas como estratégicas pelo Ministério da Saúde para o NASF, como por exemplo, na saúde da criança e do jovem, na reabilitação e saúde integral da pessoa com deficiência e idosa, na saúde da mulher, em práticas corporais, além de outras atividades e ações desenvolvidas e realizadas na ABS.

No bojo da sua atuação, o terapeuta ocupacional considera a Clínica Ampliada, a Reabilitação Baseada na Comunidade e a Educação Popular em Saúde, além de utilizar estratégias e técnicas que podem ser transportadas da clínica especializada para o contexto de cada comunidade.

A Clínica Ampliada direciona o profissional de saúde a desenvolver a capacidade de ajudar as pessoas, não só combatendo as doenças, mas a transformarem-se, de maneira que a doença, mesmo causando limitações, não as impeçam de viver outras situações nas suas vidas. Nas doenças crônicas ou mais graves isto é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e esta participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim a uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença. O profissional deve utilizar a escuta qualificada e o vínculo como ferramentas facilitadoras na redução de problemas (BRASIL, 2007).

A Reabilitação Baseada na Comunidade tem por objetivo melhorar as condições de vida de pessoas com deficiência utilizando recursos da comunidade e promovendo a participação social destes. Apresenta-se como alternativa a não institucionalização de pessoas

com deficiências, como prática associada aos princípios da Medicina Comunitária e à proposta de Cuidados Básicos em Saúde (OLIVER et al, 2007).

A estratégia de Educação Popular em Saúde apresenta uma sistematização dos modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas. É um modo orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, sendo os indivíduos sujeitos do seu próprio processo de trabalho e do seu conhecimento (BRASIL, 2010b).

Portanto, o terapeuta ocupacional apresenta elementos em sua formação que podem efetivamente contribuir para melhorar a saúde da população. Com formação para o SUS e munido de conceitos como “saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um bem estar biopsicossocial”, o terapeuta ocupacional torna seu trabalho mais abrangente. Sua visão holística do indivíduo aprimora a sua atuação mediante as demandas existentes com estratégias resolutivas.

5-ITINERÁRIO DA DISCIPLINA

As vivências práticas desenvolvidas nos cursos da área da saúde (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Terapia Ocupacional, entre outros), ocorrem geralmente, no momento profissionalizante destes cursos, onde há aplicação de conhecimentos obtidos e a habilitação para o exercício profissional (GARCIA, 2001).

Desta forma, buscou-se relatar as experiências que a disciplina “Áreas de Intervenção da Terapia Ocupacional e Cenários de Prática I”, ofertada pelo Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, pôde proporcionar enquanto ferramenta de formação do terapeuta ocupacional para a Atenção Básica em Saúde, apresentando como objetivo geral, capacitar o aluno a compreender a Atenção Básica em Saúde e possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional neste nível de atenção. Com carga horária total de 180h, sendo 8h de prática e 4h de teoria semanais, a disciplina propôs a aproximação com o serviço, encontro com a equipe da unidade e esclarecimento quanto à população potencialmente atendida pela Terapia Ocupacional.

Partindo de estudo, observação e experimentação do processo da Terapia Ocupacional na atenção básica, com ênfase na saúde da família e da comunidade, as aulas eram embasadas com as temáticas de Educação Popular em Saúde, Reabilitação Baseada na Comunidade, clínica ampliada, e estratégias de intervenção em saúde no território (visitas domiciliares, grupos e oficinas na comunidade).

A disciplina levou em consideração que as ações elencadas em todos os níveis de atenção conformam modelos tecnoassistenciais que apresentam às transformações historicamente identificadas nas ciências de base e em suas estratégias de inserção às práticas de saúde, como também, às necessidades destas relações em situações particulares (GONÇALVES, 1994 *apud* GARCIA, 2001).

Neste contexto, distinguem-se, genericamente, dois grandes modelos tecnoassistenciais: o da medicina individual e o da saúde coletiva. O primeiro, embasado fundamentalmente na clínica, voltando-se ao indivíduo no sentido da cura. O outro, relacionado à saúde pública, apresentando o caráter prioritariamente preventivo, volta-se à população ou a específicos grupos e baseia-se nos estudos epidemiológicos, de higiene e das ciências sociais (GARCIA, 2001).

Com a conotação da saúde coletiva, as atividades teórico/práticas para formação do estudante observadas na disciplina “Áreas de Intervenção da Terapia Ocupacional e Cenários de Prática I” foram: exposição de temas, rodas de conversa, leitura e pesquisa de textos, apresentação de seminários, problematização e discussão dos casos vivenciados na comunidade, acompanhamento da rotina da equipe de saúde, realização de ações de prevenção e promoção da saúde nos equipamentos sociais disponíveis no bairro, acompanhamento domiciliar de pessoas com necessidades de atenção da Terapia Ocupacional, acompanhamento em grupos na comunidade de pessoas com necessidades de atenção da Terapia Ocupacional, além da construção de materiais para intervenção na comunidade.

A inserção do estudante no cenário de prática se deu a partir do reconhecimento do território no qual as ações da disciplina estavam inseridas. É fundamental saber que o território é entendido como o local onde se visualiza a interação população-serviços no nível local, compreendida por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde específicos e que interagem com gestores das distintas unidades prestadoras de assistência em saúde (UNGLERT, 1993).

Portanto, esse território refere-se muito mais do que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o identifica e se revela num território em construção permanente (MONKEN e BARCELLOS, 2005). Assim, o território no qual ocorreu nossa prática era assistido por uma Unidade Básica de Saúde, localizado no Bairro do Castelo Branco I, Distrito sanitário V, Município de João Pessoa/PB, onde a maior parte da população era usuária do serviço público de saúde, e se constituía em sua maioria, de adultos e idosos. Para a equipe de saúde a maior demanda da população advinha dos problemas de saúde envolvendo a diabetes, a hipertensão arterial e os transtornos mentais.

Ressalta-se que no território havia vários equipamentos sociais como escola pública e privada, creche, igrejas de várias denominações, mercado público, associação dos moradores do bairro, clube de mães, praças, dentre outros.

Deste modo foram se desenhando as possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional na comunidade, sendo identificada a necessidade de criar grupos voltados para as pessoas em sofrimento mental, para os cuidadores em geral e para os idosos. Entretanto, também existia a necessidade de identificar casos de pessoas com deficiências e outros

problemas de saúde para os quais a Terapia Ocupacional pudesse contribuir para uma maior autonomia e independência e consequente participação social.

Assim, o primeiro momento na comunidade consistiu em reunir a equipe de saúde, incluindo os ACS, com o conjunto de alunos e professores participantes da disciplina, momento onde se explicou como a Terapia Ocupacional poderia colaborar com a EqSF. Os ACS logo identificaram pessoas e famílias que se beneficiariam da atenção da Terapia Ocupacional. Assim, seguem os relatos da participação nas visitas domiciliares e nos grupos.

Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares aconteciam por duplas de estudantes supervisionados pelo docente. Cada dupla ficou responsável por duas famílias durante todo o semestre letivo. O primeiro encontro com cada família aconteceu mediado pelo Agente Comunitário de Saúde que já acompanhava a família.

As famílias foram previamente selecionadas pelos ACS para uma avaliação e possível intervenção da Terapia Ocupacional, por apresentarem pessoas com sequelas de Acidente Vascular Cerebral e com transtorno mental. Inicialmente buscou-se construir o vínculo com a família a partir de uma escuta qualificada das demandas de cada membro reportadas por uma figura central do respectivo grupo familiar. Em seguida era dada a voz a cada membro que apresentasse uma demanda. Esses diálogos estabelecidos foram essenciais para adesão às práticas propostas para cada situação.

Para contextualizar, a visita domiciliar (VD) é uma prática antiga existente na área da saúde, e sendo resgatada em função das novas políticas públicas, que incentivam maior mobilidade e acompanhamento do profissional (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). O recurso da visita domiciliar é uma das ferramentas que fazem parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde, de base territorial, e apresenta diversas características e critérios (CHIAVERINI et al, 2011).

As famílias assistidas apresentavam diferentes configurações, algumas eram extensas com a presença de avós, filhos e netos, outras menores com apenas duas ou três pessoas, pais e filhos ou apenas irmãos. As famílias se mostravam bastante receptivas, em relação a nossa presença em suas residências e se engajavam nas atividades propostas. Foi possível observar o

quanto esse modelo de assistência resulta na ampliação das possibilidades de intervenção no processo de saúde dessas pessoas, e na melhora da qualidade de vida.

A assistência prestada a estas famílias partiu das demandas encontradas nos contextos familiares. Os integrantes eram orientados mediante as dificuldades e limitações que eles mesmos levantavam como problemática para melhora, recuperação ou manutenção da saúde.

A atenção domiciliar em si pode ser correspondida como “um dos meios de se adquirir do indivíduo, da família e da comunidade sua participação no planejamento, organização, operação e controle” dos cuidados em saúde (MAZZA, 1994, p. 1), utilizando-se dos recursos locais disponíveis. Representa também uma opção de cuidado à saúde, que visa garantir o direito e a equidade na assistência de pessoas, que sobreviveram a doenças crônicas e degenerativas e às consequências na saúde de situações de violência, muitas vezes, com sequelas, que restringem a locomoção e o acesso aos serviços.

As visitas eram caracterizadas pela nossa presença semanal nas residências, com propostas de atividades a serem trabalhadas juntamente com os interesses dos participantes em seus domicílios. A partir das demandas apresentadas foram realizadas: orientações sobre o autocuidado; discussões sobre o impacto de hábitos do cotidiano na saúde com propostas para reelaboração dos mesmos; orientações sobre o envolvimento nas atividades de lazer, trabalho e ampliação da participação social. Os usuários eram orientados sobre a participação nos diversos equipamentos da comunidade, nos grupos oferecidos pela UBS e nos grupos oferecidos pela disciplina, visando à promoção de saúde, bem-estar e melhoria na qualidade de vida.

Os resultados obtidos durante as práticas das visitas domiciliares podem ser considerados como aproximação dos usuários com a equipe de saúde, direcionamento específico de demandas, orientação quanto às atividades da vida diária e demais áreas de atuação deficitárias, conhecimento e expansão da profissão e articulação de teoria e prática, vivenciando as diferentes realidades de um território.

Entretanto, na experiência com as famílias identificamos que os problemas de saúde são agravados por questões econômicas e sociais. E que estes problemas não podem ser resolvidos apenas com o setor saúde. Vimos que estes problemas geravam fragilidades nas famílias que refletiam nos cuidados aos entes com problemas crônicos de saúde.

Neste contexto, foi visto que o terapeuta ocupacional no território trabalha na criação de uma rede de apoio a cada pessoa ou família que, por situações diversas, estejam em processo de exclusão social ou com dificuldades de participação social. Para isto é necessário conhecer todos os equipamentos disponíveis e tecer uma rede intersetorial, envolvendo o serviço de saúde, a assistência social, e demais setores que contribuem para melhorar a condição de vida da população.

Portanto, o terapeuta ocupacional inserido nessa perspectiva, e atuando de forma interdisciplinar, procura promover a autonomia e independência, com a co-responsabilização dessa clientela e sua família em seu plano terapêutico. Essa nova forma de parceria requer que o terapeuta contribua proporcionando a escuta e a informação de que precisa e reconheça o saber da pessoa, de maneira a construir uma relação onde se incentive a troca de experiências a fim de expandir a participação do indivíduo neste processo de adaptação da sua condição de vida. Desta forma o indivíduo pode se empoderar e iniciar um controle sobre alguns aspectos de sua vida (WILKINS et al., 2001).

Grupos

Com objetivos voltados para a integralidade da assistência e ampliação de métodos curativos e de tratamento, as atividades de grupo trazem para a Atenção Primária em Saúde uma perspectiva de cuidado não apenas centrada no modelo biomédico, mas com novas possibilidades para ampliar a melhoria do serviço, a satisfação dos usuários, e maior resolutividade para busca e manutenção da saúde.

Ballarin (2003) define um grupo como um conjunto de pessoas em relação umas com as outras. Maximino (2001) corrobora a conceituação de grupo como sendo um conjunto de pessoas, mas complementa afirmando que esse conjunto não é um conjunto qualquer, e sim um recorte, sendo que as pessoas que participam deste grupo devem apresentar características que as incluam neste coletivo, com características específicas, e excluam deste mesmo grupo as pessoas que não apresentam estas peculiaridades.

Para utilizar a abordagem grupal em um processo terapêutico ocupacional é necessário que o profissional possua conhecimento sobre grupos, suas definições, características e dinâmicas de funcionamento.

Neste sentido, foram criados três grupos na comunidade partindo das demandas identificadas pela EqSF: grupo Gerarte, grupo Cuidarte e Grupo de Idosos. A partir das vivências nos grupos pude identificar a singularidade de cada participante e suas demandas para a construção de um trabalho coletivo. A característica de cada grupo se dava pelo perfil dos participantes e propostas de atividades.

O grupo Gerarte acontecia em uma sala da USF, com duração de uma hora e meia, com participantes que alternavam durante as semanas (entre 8 a 10 membros) . O grupo era direcionado a membros da comunidade assistidos pelos profissionais da equipe de saúde e que apresentavam problemas de participação social. Assim, pessoas com transtorno mentais, deficiências e que por qualquer situação estava sem participar da vida comunitária, eram potencialmente participantes do grupo. As sessões aconteciam através da realização de atividades artísticas e artesanais, e confecção de trabalhos manuais que futuramente poderiam ser utilizados como geração de renda. Os membros do grupo eram encorajados a lançarem propostas a serem desenvolvidas nos encontros, inclusive a conduzirem tais propostas, viabilizando assim a participação de todos.

O grupo tinha como objetivo promover a Saúde Mental na Atenção Básica, como também a participação social através da interação entre os participantes em um ambiente que possibilitava a transformação e produção de sentido, através da descoberta de novos fazeres no cotidiano, e conseqüentemente reconstituir sua participação social através da criação e conversas promovidas durante as atividades.

Foi possível observar durante o decorrer de cada atividade, o interesse e engajamento dos membros. Enquanto uns se mostraram bastante ativos e participativos em atividades manuais, outros detinham interesse nas relações e troca de saberes durante a confecção dos objetos. De um modo geral, a união predominava e conduzia as ações, de forma que era possível destacar as potencialidades e compensar as dificuldades individuais.

O grupo Cuidarte também acontecia em uma sala da unidade e era direcionado aos cuidadores assistidos pela equipe do serviço. O grupo era composto por pessoas de diferentes faixas etárias, contendo dinâmicas e discussões na busca de um ambiente acolhedor, que atendesse as demandas existentes para aquele público, construindo ou ampliando a rede de apoio aos cuidadores.

As dinâmicas eram desenvolvidas de acordo com temáticas previamente preparadas

pelos alunos, tais como: projetos e sonhos, autoestima, interação e conhecimento do outro, sentimentos e vivências do cotidiano. Os resultados foram bastante significativos em relação à prática do profissional e a satisfação pessoal do grupo.

Na perspectiva do cuidado, podemos compreender o quanto se faz necessária à atenção à saúde do cuidador, dos seus interesses, seus planos e metas, a percepção de si mesmo enquanto auxiliador da manutenção da saúde de outra pessoa, sendo uma ação primordial para que se possa promover assistência em saúde direcionada a toda população.

Para Mosey (1970 *apud* Maximino, 2001), além destas características em comum, como os pensamentos e atitudes, os integrantes do grupo apresentam certo grau de confiança, afeto e aproximação entre si, compartilhando de uma proposta que só pode ser atingida e analisada através da interação e trabalho em conjunto.

O grupo na Instituição Espírita Nosso Lar, contava não apenas com a nossa equipe, mas também com os profissionais da Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Lauro Wanderley. O grupo dos profissionais tinha foco tanto nos idosos asilados quanto nos cuidadores destes idosos. O primeiro encontro do qual participei consistiu numa dinâmica realizada com a equipe de profissionais da instituição, e tinha como objetivo fortalecer a união, o trabalho em equipe e o respeito entre os profissionais. A dinâmica surgiu a partir da identificação de problemas relacionais na equipe e resultou em uma reflexão sobre as práticas individuais e coletivas de todos os participantes.

Foi possível observar as dificuldades nas relações por conta das funções que cada um exercia na equipe. Durante a atividade de construção de um boneco (onde os membros se dividiram em subgrupos para desenhar as partes), surgiram nas discussões, situações de escuta e reflexão entre os participantes a respeito do trabalho em equipe, conversas e ressignificação de conflitos. Estes e outros aspectos tornaram a experiência ímpar na minha formação quanto às possibilidades de atuação para a melhoria do trabalho em equipe e seus objetivos como um todo.

No tocante à assistência aos idosos, no grupo foram desenvolvidas atividades que buscavam melhorar a interação entre os moradores da instituição e estimular aspectos cognitivos e de memória. O grupo era encorajado a relembrar as histórias de vida em forma de expressões pela linguagem oral ou gráfica. Os participantes apresentaram liberdade para desenhar, escrever e/ou relatar na discussão o que lhes era mais significativo, fazendo do

momento uma produção significativa de vida.

De modo geral, observei que o trabalho em grupo na comunidade resulta na melhoria da assistência em saúde, pois tem como foco a produção de vida em detrimento da evidenciação dos problemas de saúde. Entretanto, existem muitos entraves para a manutenção dos grupos na comunidade, tais como: pouca divulgação para que as pessoas da comunidade compareçam aos grupos, pouco envolvimento para os objetivos do grupo e falta de recursos materiais para as atividades nos grupos.

Contudo, independente da ação desenvolvida na comunidade, tem-se que compreender que a atuação do terapeuta ocupacional pauta-se, prioritariamente, no uso das tecnologias leves em saúde. Merhy (1998) ao discutir sobre relações entre profissionais e usuários, destaca que o espaço intercessor permite e exige a captura de tecnologias leves (das relações) e não só aquelas estruturadas (as duras, que são as instrumentais, e as leve-duras, que são os saberes estruturados).

A captura destas tecnologias leves seria determinada pela ética do compromisso com a vida e encontrada em atos como: a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção de resolutividade, a criação de maior grau de autonomia no modo de as pessoas encaminharem a vida. As necessidades de saúde são elencadas neste espaço de produção/consumo como um “bem”, cujo valor é inestimável, pois procura restabelecer ou manter a vida. Respondendo a distintas intencionalidades e desejos, estas necessidades demonstram formatos distintos, tanto como carência quanto como potência, e com distintas formas de solucioná-las (MERHY, 1998).

Baseado em ações de tecnologias leves, pudemos compreender as ações que, junto com estas tecnologias, visam humanizar cada vez mais a atuação profissional em saúde. Caracteriza-se o acolhimento como um processo de recepção do indivíduo e suas demandas, e conseqüentemente a criação do vínculo, onde ambas as partes (indivíduo e profissional) interagem de forma primária evidenciando a empatia e confiança na assistência. Tais aspectos foram observados durante todas as vivências aqui relatadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência foi possível transportar o conhecimento adquirido em sala de aula para as ações na comunidade, e conseqüentemente refletir sobre o papel da Terapia Ocupacional na Atenção Básica à Saúde. Pude entender como se dá a prática do terapeuta ocupacional na Atenção Básica, e o quanto esta prática faz diferença para pessoas com doenças crônicas, e outros transtornos que levam à baixa ou nenhuma participação social.

Na prática pude perceber como profissional em formação, quanto à postura ética diante das pessoas e suas subjetividades é importante para o trabalho em saúde. Também pude identificar temas transversais a serem trabalhados, e diferentes estratégias para assim intervir de forma integral.

A inserção da Terapia Ocupacional no território permitiu expandir as ações do serviço de saúde e atingir demandas existentes no mesmo. A ação proporcionou busca ativa de casos, identificação das principais necessidades de saúde da população, além do desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e reabilitação na própria comunidade e nos serviços de saúde.

As estratégias utilizadas pela Terapia Ocupacional possibilitaram uma atenção com vistas a integralidade e intersetorialidade, culminando numa assistência ao usuário por uma equipe multiprofissional, com foco na integração do serviço de saúde e outros equipamentos sociais.

A Terapia Ocupacional na Atenção Básica em Saúde contribui efetivamente nas atividades desenvolvidas na unidade de saúde, promovendo saúde através da ocupação e prevenindo agravos e riscos à saúde, utilizando-se de tecnologias leves e terapias não medicamentosas. Nota-se necessária à atuação do terapeuta ocupacional neste nível de atenção à saúde

Conclui-se que é de suma importância este momento para a formação profissional voltada para os princípios e diretrizes do SUS, pois existe uma grande demanda necessitando destas ações em saúde, e se faz necessário um profissional capacitado e instruído para atuar no nível da atenção básica.

Referências

BALLARIN, M. L. G. S. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em Terapia Ocupacional. In: PÁDUA, E. M. M.; MAGALHÃES, L. V. (Orgs.) Terapia Ocupacional: Teoria e Prática. Campinas: Papyrus, 2003, p. 63-78.

BRASIL, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154 de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde: Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da saúde. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família Brasília: Cadernos de Atenção Básica. 2010b.

_____. Ministério da saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. 2010a

CHIAVERINI, D. H., GONÇALVES, D. A., BALLESTER, D., TÓFOLI, L. F., CHAZAN, L. F., ALMEIDA, N., FORTES, S. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CUNHA, A. C. F.; SANTOS, T. F. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 133-146, 2009.

GARCIA, M.A.A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.8, p.89-100, 2001.

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

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita Domiciliar: Tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc. Cuid. Saúde*, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun. 2008.

MAXIMINO, V. S. Grupo de atividades com pacientes psicóticos. São José dos Campos: Univap, 2001.

MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. São Paulo, 1994. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.htm>>. Acesso em: 21, dez. 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

OLIVER, F. C; AOKI, M; NICOLAU, S. M; ALMEIDA, M. C. Reabilitação Baseada na Comunidade e Terapia Ocupacional: Desafios para a construção de um campo de conhecimento e de atenção. In: X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: Contextos, territórios e diversidade. Goiânia, 2007.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ: ABRASCO, 2005.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M. R. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 20, n. 1, p. 59-67, jan./abr. 2009.

ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. H. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M de. Redes no SUS: marco legal e propostas de adequação. In: Silva. S. F. (Org.). Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. Parte I, p. 35- 50.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. 2011. In: CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE. Salvador, 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 12, mai. 2015.

UNGLERT, CVS. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: Mendes, EV (org.) Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

WILKINS, S.; POLLOCK, N.; ROCHON, S.; LAW, M. Implementing client-centred practice: why is it so difficult to do? Can. J. Occup. Ther., v. 68, n. 2, p. 70-79, 2001.