



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Camila Maíra de Almeida

A articulação de saúde da Terapia Ocupacional na Atenção Primária

Campinas
2013

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Camila Maíra de Almeida

A articulação de saúde da Terapia Ocupacional na Atenção Primária

Trabalho de Conclusão do
Programa de Aprimoramento
Profissional em planejamento e
Administração de Serviços de
Saúde do Departamento de
Medicina Preventiva e social da
Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de
Campinas - Unicamp.
Orientadora: Profa. Dra. Rosana
Onocko Campos.

Campinas
2013

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997).

O Programa Saúde da Família no Brasil, conhecido hoje como "Estratégia da Saúde da Família", teve início em 1994, proposta pelo governo federal. Essa estratégia visa modificar um modelo assistencial com predomínio de atendimento ambulatorial e fragmentado, assim a família em seu território passa a ser o objeto de atenção no cuidado, permitindo uma compreensão ampliada do processo de saúde e doença. Os indivíduos são vistos como influenciadores no processo de adoecimento a partir dos contextos socioeconômico, familiar, territorial e cultural. O programa inclui ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos. E essa estratégia está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

Essa estratégia procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da qualidade de vida da população, com princípio da Vigilância à Saúde, a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998). Entre seus objetivos incluem-se: a prestação da assistência integral, contínua e de qualidade à população, entendendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento.

As equipes do PSF devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, essa territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas da população e das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde. (BRASIL, 2006).

Aprimoramento

O serviço escolhido como campo do Aprimoramento de Planejamento e Administração de serviços de saúde foi o Centro de Saúde Vista Alegre. Localizado no distrito Sudoeste da cidade de Campinas. Esse serviço fica em uma das regiões mais vulneráveis e com piores índices socioeconômicos do município. A população atendida pelas quatro equipes de saúde da família dessa unidade é de aproximadamente 26.000 mil pessoas. Cada equipe é responsável por determinada região (bairros) e formada basicamente por: médico generalista ou clínico geral, ginecologista, pediatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes de saúde, dentista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Em Campinas o Programa de Saúde da Família é organizada a partir de um modelo ampliado. Cada equipe é responsável pelo cuidado integral dos indivíduos de sua área de abrangência, além de desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde.

Intervenções Terapêuticas Ocupacionais na Atenção Primária a Saúde.

Desde a década de 80, a partir de diferentes perspectivas que ampliaram a visão de saúde no Brasil surgiram novos campos de atuação para Terapia Ocupacional, serviços esses diferentes dos espaços de segregação e de reabilitação física e mental. A partir de outra lógica organizadora da saúde, onde se prioriza os sujeitos como agentes vivos do processo saúde doença abre-se novos caminhos para atuações terapêuticas ocupacionais com prevenção e promoção de saúde. (PINHEIRO et al., 2005; BRASIL, 2003). No entanto a presença da Terapia Ocupacional em Unidades Básicas de Saúde aconteceu precisamente na década de 90, nas diferentes cidades como São Paulo, Belo Horizonte, Camaragibe, Sobral. (ROCHA et al 2011)

Entende-se que a inserção da Terapia Ocupacional nas ações na Estratégia de Saúde da Família é baseada em aspectos sócio-participativos, atuando na independência e autonomia de pessoas e grupos com redes sociais de apoio frágeis. (ROCHA; KRETZER, 2008). Fundada nos paradigmas da Saúde Coletiva a Terapia Ocupacional na Estratégia de Saúde da Família intervém junto a pessoas em sofrimento mental, deficiências e incapacidades, e objetiva sua intervenção não na patologia, mas sim em sujeitos constituídos de singularidade e subjetividade. Sujeitos esses inseridos em sua comunidade, cultura e território.

As intervenções terapêuticas deslocam-se na promoção de independência nas Atividades de Vida Diária, Atividades de Vida Prática, redução de incapacidades, deficiências, inclusão escolar e reinserção ao trabalho. Além do cuidado e manejo a problemas coletivos e individuais, intervém junto à qualidade de vida, favorecimento da participação social, da constituição das redes sociais de apoio e da eliminação de exclusão

social e segregação. E também educação em saúde, estudo do território, identificação do público prioritário a cada uma das ações desenvolvidas, acolhimento, atenção para situações de risco e vulnerabilidade, ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Preconizando ações que privilegiem a história, o modo de vida e cultura.

Saúde Mental na Atenção Básica e Programa Saúde da Família.

Segundo Onocko et al, 2005, aproximadamente 20% da população do país necessitaria de algum cuidado em saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população e necessitariam de cuidados contínuos. Os transtornos menos graves correspondem a 9% da população e demandariam cuidados eventuais e 8% da população apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas necessitando de atendimento regular. Uma demanda importante relacionada à saúde mental chega diariamente à Atenção Básica, que é a porta de entrada do sistema de saúde.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também sempre mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. (BRASIL 2003)

No decorrer dos anos no que se refere à Saúde Mental, Campinas destacou-se por seu pioneirismo nos processos da Reforma Psiquiátrica. Isso reflete ao fato de a rede de atenção básica contar com equipes de Saúde Mental (Terapeuta Ocupacional, psicólogo e psiquiatra) desde a década de 70. O propósito da inserção de profissionais da saúde mental junto ao PSF é que contribuam junto ao cuidado integral e que não que seja uma especialidade dentro do serviço, mas que faça parte da equipe. Pensando saúde mental para além dos sujeitos em sofrimento psíquico e também para toda a população atendida pelo serviço.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, construção da autonomia possível de usuários e familiares. (BRASIL 2003)

Experiências em um Centro de Saúde

As intervenções de Saúde Mental do Centro de Saúde Vista Alegre acontecem por meio do cuidado de pessoas com transtornos mentais, dificuldades de aprendizagem, deficiência intelectual, violência sexual, violência doméstica, situações de vulnerabilidade social, empobrecimento de redes sociais de suporte, indivíduos que sofrem negligência por parte de seus cuidadores, entre outros. As intervenções acontecem através de grupos terapêuticos específicos (crianças, mulheres, adolescentes, família e dependentes químicos) e grupos de ginástica, artesanato e puericultura. Atendimentos individuais, visita domiciliares, acompanhamento terapêutico no território, atendimentos compartilhados com a equipe e matriciamento a equipe do PSF. Além de participação nos espaços de gestão, supervisão, reunião de eixo e parcerias com outros níveis de atenção em saúde.

As experiências durante o aprimoramento se deram ações junto à coordenação, com planejamento de ações para o serviço e nos espaços de gestão e intervenções junto à saúde mental como: grupos, atendimentos individuais, visita domiciliar, acompanhamento terapêutico, matriciamento, reunião de equipe.

Matriciamento

O conceito de matriciamento foi elaborado por Campos objetivando a integralidade da atenção às suas necessidades. É uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde, favorecendo o estabelecimento de uma relação horizontal, por meio da construção de linhas de transversalidade, com base dialógica. Tem a finalidade de assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais. A aposta desse arranjo está na troca de saberes entre equipes e profissionais, buscando a oferta de ações que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde, além de estimular o vínculo concreto entre equipe de saúde e usuário. Estão envolvidos, dessa forma, os conceitos de co-produção de saúde e autonomia (Oliveira, 2008).

O matriciamento é uma forma de gestão do trabalho em saúde que visa ampliar as possibilidades de se realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Ainda segundo esses autores, o

matriciamento pode dar-se das seguintes formas: atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista e a equipe ou alguns profissionais; atendimentos ou intervenções especializadas realizadas pelo especialista; este manterá contato com a equipe de referência que não se descomprometerá com o caso; troca de conhecimento e orientações entre equipe e apoiador. (Campos, 1999).

O matriciamento de saúde mental junto às equipes de saúde da família no Centro de Saúde Vista Alegre acontece através de atendimentos compartilhados, discussões de casos e durante as reuniões de equipe e elaboração de projeto terapêutico singular. Convidando sempre a equipe a pensar junto em conceitos como acolhimento, escuta qualificada, clínica ampliada e subjetividade. Essa é uma das tarefas mais difíceis, pois há grande falta de compreensão quanto à construção de projeto terapêutico, responsabilização dos casos e talvez receio em realizar atendimentos compartilhados. Também há distorção no que se refere ao entendimento da demanda que necessita de um cuidado em saúde mental e de carências sociais. Falta entendimento quando ao acolhimento e valorização da escuta, e extrema necessariamente em realizar muitos encaminhamentos. Por isso um dos principais objetivos do matriciamento é responsabilizar a equipe que todos os casos sendo ou não de saúde mental é de responsabilidade de toda a equipe.

Ainda há profissionais que ao se deparar com um pedido de consulta com psiquiatra, que não tem no Centro de Saúde, sem discutir com a equipe, encaminha o paciente diretamente ao serviço de alta complexidade, CAPS de referência, sem discutir com a saúde mental. E mesmo tendo uma ótima equipe de saúde mental há muito tempo no serviço, esses furos continuavam acontecendo. Assim muitos casos são encaminhados sem discussão através de bilhetes ou rápido relato no corredor, sem a presença fundamental da equipe. Mostrando que o matriciamento é uma construção permanente e constante.

Apesar de um trabalho difícil e desgastante no decorrer do aprimoramento algumas ações interessantes aconteceram na difícil tarefa de realizar o matriciamento. Como por exemplo: parcerias com agentes de saúde, momentos em que equipe passou a se sentir a vontade para iniciar discussões durante a reunião de equipe e tirar as dúvidas. Passou-se a se entender a necessidade de escutar o paciente, de passar o caso depois de uma escuta qualificada e discussão do caso. Além da realização de alguns atendimentos compartilhados com médicos, enfermeiro e auxiliares de enfermagem, fato difícil de acontecer dentro do serviço devido à resistência de profissionais, agendas lotadas, demanda excessiva, visão de trabalho como queixa-conduta.

Ao realizar atendimentos com enfermeiros, médicos e auxiliar de enfermagem, pode-se observar os diferentes modos de abordagem, alguns rápidos e

resolutivos e outros longos. E o interessante é perceber como a junção de dois saberes distintos acrescenta ao cuidado e na formação profissional de ambos trabalhadores. E as discussões depois do atendimento também são muito ricas devido às trocas feitas e a construção conjunta das determinadas condutas. Interessante observar que muitos passam a entender a importância da escuta, acolhimento e do entendimento sobre seu contexto social e sua história de vida, e que isso não é somente tarefa da saúde mental. A boa interação entre os profissionais foi importante para pactuarmos outros atendimentos conjuntos.

Matriciamento nas escolas

Um tipo de matriciamento interessante realizado durante o aprimoramento foi em uma das creches do território de abrangência do Vista Alegre. Devido a um caso específico, de uma paciente com deficiência mental que apresenta muitas dificuldades nos cuidados com os filhos em relação a alimentação e higiene. O filho mais novo apresenta um importante atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, com um ano e meio ainda não senta, engatinha e anda e a equipe entendia que um dos contribuintes para esse atraso era devido a fatores ambientais. Depois de uma reunião intersectorial (saúde- educação) com a escola foi acordando algumas ações em conjunto. Assim aconteceram algumas visitas da aprimoranda até a escola, a fim de realizar algumas discussões e orientações com as professoras sobre terapia ocupacional, estimulação precoce e desenvolvimento neuropsicomotor, a fim de auxiliar em estímulos para com o filho da paciente. E assim por algumas quartas feiras aconteceram às visitas a creche, com orientações sobre estimulação do sentar, rolar, engatinhar, e brincadeiras que favoreciam a estimulação. Com isso foi possível orientar melhores cuidados até com outras crianças.

Visita domiciliar

A visita domiciliar é um dos instrumentos utilizados com a finalidade de integrar a equipe de saúde da família e a comunidade. Tem como objetivo prestar cuidados no domicílio englobando ações preventivas e curativas. É realizada por todos os membros da equipe de saúde, mediante agendamento, sendo que a identificação das famílias que necessitam de cuidados domiciliares se dá, principalmente, através do acompanhamento do agente comunitário de saúde. As visitas do Centro de Saúde Vista Alegre são realizadas uma vez na semana por cada equipe de saúde da família. A visita domiciliar torna-se importante porque propicia vínculo entre equipe e famílias e facilita a identificação dos determinantes do processo saúde-doença e ainda permite planejar com as famílias intervenções adequadas e resolutivas.

A Terapia Ocupacional intervêm quando existe disfunção ou risco de disfunção ocupacional em qualquer fase da vida e a ocupação abrange atividades de auto cuidado (alimentação, vestuário, higiene), locomoção, lazer e produtivas

(tais como trabalho e atividades escolares). As causas dessa disfunção geralmente combinam fatores pessoais e ambientais. A atuação é indicada para melhorar o desempenho funcional, prevenir incapacidades e atraso de desenvolvimento, bem como orientar sobre o papel ocupacional. (TROMBLY, 2005)

A visita domiciliar do terapeuta ocupacional da equipe de saúde da família tem como objetivos conhecer ou realizar atendimentos a pacientes com dificuldade de chegar ao centro de saúde devido alguma limitação ou sofrimento e realizar algumas orientações relacionadas ao cotidiano e autonomia. Como por exemplo, casos graves de depressão onde o indivíduo rompe com suas redes sociais, não consegue sair de casa, com a visita e o vínculo abre-se uma possibilidade desses passar a freqüentar o Centro de Saúde e aceitar um cuidado. A visita pode ser feita a fim de realizar orientações, junto com agentes de saúde, como por exemplo, com paciente com deficiência mental, com cautela e entendimento de seu contexto social realizar orientações quanto à alimentação, formas de manter alimentos, organização da casa, cozimento de alguns alimentos, sempre entendendo e respeitando espaço da família. Realização de visitas conjuntas com o CAPS a fim de conhecer e realizar intervenções junto a casos de negligência de cuidados (indivíduos em cárcere privado) entre outros. E também visitas com a equipe do PSF até a boca de fumo levar medicamentos para tuberculosos que não realizavam tratamento assistido no Centro de Saúde.

A Terapia Ocupacional e seus processos terapêuticos

A Terapia Ocupacional compreende o sujeito dentro de um contexto biopsicossocial e procura por meio de ações, que dêem sentido a sua vida, favorecer a reabilitação psicossocial e auxiliar em aspectos sociais, culturais e emocionais. Assim os terapeutas ocupacionais colaboram para que os indivíduos se engajem, iniciem ou transformem atividades que sejam significativas para sua vida, para isso usa-se o recurso da atividade. Aprender através e com a atividade é o que possibilita a mudança, esta sempre está relacionada à identidade e tem que ter total sentido e significado para o paciente. A atividade pode ser entendida como estímulo, mediadora da relação terapêutica ou forma de comunicação e expressão dos conteúdos internos dos pacientes. A possibilidade de realização de atividades no dia a dia do sujeito é o que possibilita o alcance e a manutenção de uma melhor qualidade de vida

O maior objeto de intervenção da Terapia Ocupacional são sujeitos que tenham por algum sofrimento psíquico ou deficiência seu cotidiano e rotina interrompidos. Para GALHEIGO 2003, o cotidiano traz em si a marca da singularidade do sujeito, e toma forma a partir de suas necessidades, valores,

crenças e afetos. Nesse sentido, o cotidiano de cada pessoa é único e irrepetível na medida em que a unicidade e a irrepetibilidade são características inequívocas da condição humana.

Entretanto, segundo Heller (2000, p.21), o sujeito individual se transforma no sujeito coletivo, seja através da atividade artística, laborativa, em atividades de cuidado com o outro ou nas atividades relativas à participação social e política. E se o cotidiano do homem é produzido por esse ser singular e subjetivo não se esgotam as formas de sua produção.

Assim o cuidado de Terapia Ocupacional com usuários da Atenção básica volta-se ao manejo junto ao cotidiano, rotina, autonomia e independência dos sujeitos. Intervindo em pacientes depressivos, com transtorno global do desenvolvimento, deficientes mentais, psicóticos e pessoas que sofreram diferentes tipos de violência e em situação de vulnerabilidade. A Terapia Ocupacional sempre pensa em estratégias que pode colaborar para que essas pessoas tenham mudanças em seu cotidiano através de uma rotina com atividades enriquecedoras e que produzam vida. Para isso são escolhidos juntos ao pacientes os diversos tipos de atividades relacionadas ou não a habilidades manuais, atividades expressivas, acompanhamento terapêutico, atividades que ajudem a organizar a rotina ou que auxiliem nas atividades de vida diária (higiene, alimentação e vestuário) e nas atividades de vida prática. Na escolha de cada atividade é fundamental a participação e o desejo do paciente e é feita à medida que faça algum sentido na vida desses indivíduo.

Em casos específicos a atendimentos com deficientes mentais (grande demanda da atenção básica) a intervenção acontece a fim de colaborar nas dificuldades que esses pacientes encontram na organização de casa, procurar emprego, dificuldade com as atividades de vida diária. Esses pacientes muitas vezes ficam a margem dos serviços de saúde, pois não são tão prejudicados a ponto de freqüentar instituições e também não conseguem acompanhar a rotina social normal, com dificuldades na alfabetização e na busca de trabalho.

Em pacientes com depressão e com rotina empobrecida (grande demanda da atenção básica), a terapia ocupacional colabora junto a organização da rotina, de suas atividades de vida diária e vida prática, proporcionando que enriqueçam seu cotidiano com qualidade de vida. Isso através de diversos recursos como, grupos, redes do território, acompanhamento terapêutico para ampliação de rede social.

Grupos

A participação da terapia ocupacional nos grupos do Centro de Saúde acontecia nos grupos terapêuticos de mulheres, crianças, família, puericultura. O grupo de mulheres era composto por pessoas com mais de 40 anos, geralmente donas de casa ou aposentadas com dificuldades de relacionamento familiar, violência doméstica e depressão. O grupo geralmente permeava por muitas angústias e sofrimentos, além de laços de amizade e construção de redes entre as participantes, que a partir dali ficavam amigas e realizavam atividades fora daquele espaço. Apesar de muitas conseguirem resolver suas questões dentro do grupo continuavam a participar devido a rede de amizade construída. Algumas depois de um período no grupo arrumavam empregos, resolviam problemas familiares e seguiam pela vida, outras permaneciam por muito tempo sem se manifestar e ainda tinham aquelas que participavam uma vez e nunca mais voltavam.

O grupo de crianças geralmente tinha bastantes participantes inseridos, muitos vindos do excessivo encaminhamento das escolas. O que muitas vezes denunciava alguma dificuldade decorrente da escola. Muitas crianças permanecem no grupo por bastante tempo e não queriam sair, pois esse é um dos poucos ou único espaço que elas brincam e encontram outras crianças. Pois como o Centro de Saúde fica em uma região vulnerável, as crianças geralmente ficam trancadas em casa com seus videogames, diminuindo suas redes sociais. Assim era muito comum aguardarem ansioso o retorno a escola durante as férias, pois esse também é um dos poucos momentos que saiam de casa. Apesar do grande incentivo muitos fazem um uso muito fraco dos espaços, não aderir, reclamam da organização ou tem dificuldades para locomoção.

Nesse grupo durante a última semana do mês, compareciam adultos responsáveis pelas crianças, a fim de discutirmos sobre a problemática e a relação entre a família e as dificuldades das crianças. O comparecimento desse dia sempre é reforçado anteriormente, apesar da grande evasão dos responsáveis. Com isso foi pensado o grupo de pais, a fim de primeiramente acolher e orientar os pais e com a responsabilização dos atendimentos a intervenção passa a ser com criança, se isso for necessário.

Considerações Finais

O aprimoramento foi uma experiência muito rica e com muitos aprendizados, onde as aulas, prática e supervisão vão formando um excelente trabalho de formação profissional. Trabalhar em uma unidade básica de saúde é uma experiência diferente em muitos aspectos, pois é um serviço que funciona como porta de entrada para rede de saúde e onde se trabalha com uma demanda diversificada, bastante diferente de serviços de alta complexidade. Assim trabalhar na atenção básica é ter um aprendizado diário e permanente.

Muitas vezes a forma de trabalho desse espaço é com queixa-conduta, devido a uma demanda excessiva e falta de profissionais. Existem muitos fatores que tornam a relação da equipe sempre delicada e com muitas discórdias, principalmente em se tratando de saúde mental, que apesar de gratificante é um trabalho um tanto quando difícil de atuar dentro dessa lógica. Pois muitos trabalhadores nunca ouviram falar de reforma psiquiátrica e tem um olhar bastante retrocedido quando aos transtornos mentais, fatos que vão tornado o trabalho cansativo. Por isso entendo que a saúde mental dentro desses espaços tem muito a contribuir, jamais com imposição de poder, mas pensando em parcerias e construindo possibilidades de intervenções com os outros profissionais.

Entendo também que muitas vezes ao profissional da saúde mental cabe a difícil tarefa de propor a pensar diretrizes e manejos que foram esquecidos ou inexistentes na formação desses profissionais. Pois há muita dificuldade da equipe em seguir ou entender essas diretrizes básicas do programa de saúde da família. Ao longe de um ano em meio a essa rotina do Centro de Saúde, que permanece em uma lógica do modelo médico centrado, tenho dúvidas se o que fazemos é o programa saúde da família ou ainda é uma construção desse modelo.

Os espaços de supervisão de eixo, rede da criança, rede álcool e drogas e rede mista são espaços muito importantes dentro da rede de saúde da cidade de Campinas. Espaços esses que infelizmente só participam pessoas ligadas à saúde mental. Esses são grandes espaços de aprendizado e discussões. Pois proporciona pensar intersetorialmente casos discutidos em supervisão de eixo, e criar com isso caminhos possíveis dentro das possibilidades do município.

A rede mista é muito importante ao ponto que discuti muito sobre a rede de saúde do município e seus fluxos, pensando sempre em como melhorar a forma de trabalhar. Nesse espaço muitas vezes se discute matriciamento, uma das maiores dificuldades encontradas pelos profissionais da rede. Isso talvez porque muitos combinados realizados nesses espaços são desconhecidos por parte da equipe do centro de saúde. Assim muitas ações contratualizadas na

rede mista e que são diretrizes do SUS não são conhecidas dentro das unidades, assim nos momentos de atuação dos trabalhadores da saúde mental em seus locais de trabalho, esses são confrontados pela forma de trabalhar e são acusados de não cumprimento de suas responsabilidades.

Entendo que uma adequada capacitação a esses profissionais e um melhor contrato com a gestão diminuiriam em muito esses atritos existente, pois contratualizando fluxos entre trabalhadores e gestão, não caberia somente a equipe de saúde mental brigar para a realização de condutas que a equipe discorda.

Um fator importante adotado no modelo do programa de saúde da família de campinas é a composição de um psicólogo e um terapeuta ocupacional na equipe mínima do PSF, esses profissionais trabalham de forma conjunta com o restante da equipe. O manejo em conjunto entre essas profissões se completa com as formas diferentes de olhar e realizar os atendimentos, acrescentando em muito no trabalho da saúde mental.

Referências

CAMPOS, G, W. S. DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006

CAMPOS, G, W. S GUERRERO, A. V. P. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.

FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos UNA-SUS | UNIFESP

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto históricosocial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003.

JARDIM, T. A. de; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 167-175, set./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.

MALFITANO, A. P. S., FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 102-109, maio/ ago. 2011.

MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr., 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental, babel saúde mental na atenção básica- Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (Cepesc), 2011.

MOREIRA, E. C. O cuidado da criança e da família na atenção básica: grupo de pais em uma unidade básica de saúde. Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências Médicas da Universidade, CAMPINAS, 2010.

MINISTERIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessarios inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. A Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica 2003.

PIMENTEL, A. M., COSTA, M. T. B., SOUZA, F. R. Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 110-116, maio/ago. 2011.

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.

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, R. N. AMARANTE, P. D. Coleção Pensar em Saúde Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde 2010

ZAMBENEDETTI, G. PERRONE, C. M. O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [2]: 277-293, 2008