

# ***ELEIÇÕES 2020***

**PROPOSTAS PARA  
OS CANDIDATOS  
E CANDIDATAS.**



**CREFITO7**

Conselho Regional de Fisioterapia e  
Terapia Ocupacional da 7ª Região

**PROPOSTAS DA FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL-SUAS NO PROGRAMA PARTIDÁRIO DOS PARTIDOS POLÍTICOS NO PLEITO ELEITORAL DE 2020**

Esse documento foi organizado pela Comissão de Desenvolvimento Político e Valorização da Fisioterapia e Terapia Ocupacional do CREFITO-7:

Dr. Anderson Freitas de Santana – CREFITO 195969-F

Dr. Fabrício da Silva Ribeiro – CREFITO 17623-TO

Dr. Gustavo Fernandes Vieira - CREFITO 90362-F

Dra. Itatyane Bispo de O. Nascimento Santos - CREFITO 5726-TO

Dra. Maira Cerqueira de Oliveira – CREFITO 5874-TO

Dr. Nildo Manoel da Silva Ribeiro - CREFITO 40802-F

## **APRESENTAÇÃO**

A mobilização de diversos atores sociais e a participação popular efetiva na proposição de políticas públicas vem sendo construída no Brasil, sobretudo, pós década de 1980, como um desdobramento de uma compreensão de cidadania mais plena e da necessidade de consolidação de uma sociedade democrática e que assegure os direitos humanos de forma ampla e igualitária.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 no seu Art. 194, traz o conjunto de políticas públicas que visa o bem-estar do cidadão, conhecido como o tripé da seguridade social, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Cada campo deste tripé trata de um direito humano essencial que deve ser assegurado pelo Estado e pelo seu aparato jurídico, implementado por meio de políticas públicas formuladas com participação dos segmentos sociais que compõem a sociedade brasileira em fóruns paritários e legalmente instituídos como Conselhos setoriais nas três esferas de poder(municipal, estadual e federal).

A classe dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais vem intensificando sua participação direta, assim como, por meio das Entidades representativas das profissões através da proposição de diretrizes e ações que favoreceram a melhor assistência a população brasileira ao longo do processo da Reforma Sanitária, das propostas apresentadas durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987 para a elaboração da Constituição Federal de 1988, da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, da Criação da Lei que instituiu o Estatuto da Criação e do Adolescente - ECA (Lei 8069 de 1990), da Lei que instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS e seu financiamento(Lei 8080 de 1980 e Lei 8142 de 1990 , respectivamente), da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) instituída pela Lei 8742 de 1993 e que foi complementada em 2011 com a sanção da Lei 12.435 que dispões sobre a organização do setor e institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e etc.

Toda esta construção técnico e política construída pela Fisioterapia e pela Terapia Ocupacional ao longo da história recente da sociedade brasileira inspirou o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª Região – CREFITO-7 a elaborar este breve **Manual Propositivo** com intuito de auxiliarmos os programas partidários e seus candidatos no pleito de 2020, no sentido de assegurar, elaborar e ou implementar ações, programas e políticas no nível municipal que melhorem a qualidade de vida e condições de existência dos seus munícipes, no que tange a assistência fisioterapêutica e terapêutica ocupacional.

**PROPOSTAS DA FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL PARA O  
FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NOS MUNICÍPIOS**

**COMISSÃO DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA**

**Salvador 2020**

**Comissão de Atenção Básica:**

Dr. Anderson Freitas de Santana – CREFITO 195969-F

Dra. Ivana Ferreira de Santana - CREFITO 6115-TO

Dra. Lavínia Boaventura Silva – CREFITO 99434-F

Dra. Mariana Viana de Moura - CREFITO 14680-TO - Coordenadora

## CONTEXTUALIZAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada como um espaço de produção de cuidados individuais e coletivos, que abrange desde práticas de promoção à reabilitação da saúde. Seu objetivo é ofertar uma atenção integral que promova efeitos sobre a situação de saúde, seus determinantes e condicionantes sociais (PORTELA, 2017).

A Fisioterapia e Terapia Ocupacional possuem recente inserção na APS a partir a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, e a participação destas profissões nos cuidados primários tem suscitado diversas reflexões sobre a ampliação e/ou reconfiguração de práticas de atenção, sob a ótica de novos saberes e habilidades alinhados aos princípios e diretrizes do SUS (RODRIGUEZ, 2010; BRASIL, 2014; LIMA e FALCÃO, 20124).

Considerando a proposta de reorganização das ações e serviços em rede, a inserção dos profissionais fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais, sobretudo na APS, aponta para um potencial no ordenamento dos usuários, bem como na definição de fluxos de cuidados na e entre as redes, de forma a garantir o encaminhamento (referência) em tempo oportuno, com vistas à ampliação do acesso e a resolutividade do cuidado ofertado. Nesse sentido, parte-se do pressuposto que a inserção destes profissionais atuando como “porta de entrada preferencial” no âmbito dos cuidados primários poderia qualificar a avaliação de casos que exijam uma visão interdisciplinar e multiprofissional na definição de critérios de encaminhamento, de modo que isto promova um menor número de conflitos de responsabilidades entre profissionais e serviços do mesmo ou diferentes âmbitos de atenção.

Como exemplo, pode-se destacar a importância da avaliação funcional no âmbito da APS que pode auxiliar em diagnósticos, elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS) e de saúde no território, orientações e racionalização de solicitação de exames complementares, haja vista que a avaliação funcional pode auxiliar a elucidar casos que, não necessariamente, exigiriam a realização de recursos de apoio ao diagnóstico de alta tecnologia e custo.

Por outro lado, salienta-se que a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui um escopo específico de saberes que reduz a sua

capacidade de avaliação do estado de saúde em suas dimensões biológica, social, ocupacional e, sobretudo, funcional, cenário que pode ser potencializado com a atuação compartilhada de outras categorias profissionais, mediante ferramentas inerentes às práticas dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais, como por exemplo, a Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Neste aspecto, consideraram-se programas e iniciativas políticas que apontam os profissionais de fisioterapia e de terapia ocupacional como sujeitos do processo de trabalho em saúde, a saber: os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipes do programa Melhor em Casa, Academia da Saúde e Consultórios na Rua.

Desse modo, a ampliação tanto dos programas/estratégias supracitados quanto da cobertura das categorias Fisioterapia e Terapia Ocupacional nestes lócus apresenta um importante potencial para fortalecer as ações preventivas e de promoção da saúde da população em geral e inclusive de grupos específicos, como pessoas com deficiência intelectual, visual, física, pessoas com condições crônicas associadas às disfunções neurológicas, vasculares, ortopédicas, respiratórias e/ou doenças profissionais/ocupacionais.

O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional poderão ainda, centrar suas intervenções, conforme a organização de grupos homogêneos e com características epidemiologias similares. Objetiva-se com isso, detalhar melhor as metas e resolubilidade da prestação do cuidado, de forma mais específica e condizente com as necessidades dos usuários.

## **PROPOSTAS**

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica, regulamentado pela Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que articula a Atenção Básica com importantes iniciativas para o SUS, como a ampliação de ações intersetoriais, promoção da saúde, redução de danos, cuidados paliativos, bem como apresentas as competências das secretarias municipais, estaduais, Distrito Federal e Ministério da Saúde.



Considerando a Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar o escopo das ações da atenção básica;

Considerando o Decreto Estadual da Bahia n. 14.457, de 03 de maio de 2013, que aprova a Política Estadual de Atenção Básica;

Considerando a Resolução CIB nº 66, de 19 de março de 2010, que aprova as diretrizes estaduais para implantação, funcionamento e qualificação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado da Bahia;

Considerando o novo Modelo de Financiamento da Atenção Básica;

Considerando a Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019, estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

Considerando a Resolução COFFITO n. 407, de 18 de agosto de 2011, que disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família;

Considerando a atuação do Fisioterapeuta nas ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, ressaltamos que:

A presente proposta assinala abaixo aspectos que subsidiam a defesa do SUS, da Atenção Básica e da participação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no nível de atenção primário

## **1. Implantação de pontos de Telessaúde em todas as Unidades de Atenção Básica do território municipal;**

Sugere-se a implantação de estratégias de incentivo aos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais quanto ao uso da ferramenta de teleconsultoria para ampliar os conhecimentos de aspectos relativos à Atenção Primária. Para tal intento é necessário a aquisição de materiais e equipamentos tecnológicos (sala equipada com computadores, acesso à internet, webcam, microfone, caixa de som, etc.), que permitam os profissionais da Atenção Básica realizarem atividades de tele-educação, teleconsulta, teleconsultorias (segunda opinião formativa) e telemonitoramento. Essa ferramenta pode se constituir como facilitadora no processo de comunicação interprofissional, compartilhamento de

dúvidas acerca de casos complexos, discussão de hipóteses diagnósticas (inclusive relativas à função), condutas terapêuticas, dentre outras. Além disso, a participação desses profissionais enquanto teleconsultores, também poderá fortalecer seu processo de trabalho tanto junto ao NASF-AB quanto às Equipes de Saúde da Família (EqSF), uma vez que pode funcionar como uma tecnologia de trabalho coadjuvante no matriciamento clínico-pedagógico e clínico-assistencial;

## **2. Expansão das Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS) em todas as Unidades de Atenção Básica do território municipal;**

A proposta de implantação das PICS tem como justificativa ampliar a integralidade da atenção à saúde, por ampliarem o acesso a ações antes restritas ao cunho dos serviços privados. Nesse sentido, dentre os eixos da política, destacam-se a implementação de práticas da medicina tradicional chinesa, como a acupuntura, aromaterapia, reiki, práticas corporais, entre outras, onde fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais podem contribuir com ações direcionadas à prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

## **3. Ampliação do número de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nas equipes de NASF-AB e em outras unidades de APS:**

Assim, defende-se a ampliação do número desses profissionais e, que, sobretudo, sejam estabelecidas melhorias no que concerne aos mecanismos de seleção, contratação e remuneração no âmbito do SUS.

O os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) instituído na perspectiva de ampliar a resolutividade da Atenção Básica e dar respostas aos problemas de saúde da população tem seu trabalho orientado pelo referencial metodológico do Apoio Matricial, ofertando retaguarda especializada que deve desenvolver atividades no âmbito das dimensões clínico-assistencial e técnico pedagógica. Assim, as pesquisas científicas tem apontado que a atuação fisioterapeuta e terapeuta ocupacional tem buscado superar a lógica da atenção à saúde dos usuários pautados na reabilitação, e que ambos vivem um grande desafio em consolidar as práticas na atenção básica incorporando elementos da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) juntamente com as demandas da saúde funcional e prevenção de incapacidades (RODRIGUEZ, 2010; BRASIL, 2014; LIMA e FALCÃO, 20124).

**4. Realização de concurso público para provimento de profissionais para a Atenção Primária à Saúde:**

Como estratégia para minorar o problema de rotatividade dos profissionais e da precarização dos vínculos de trabalho, defendemos a realização de concurso público para todas as categorias profissionais de saúde, especialmente para a fisioterapia e terapia ocupacional que tem um papel importante no cuidado às pessoas com doenças crônicas, pessoas com deficiência, no âmbito da APS.

**5. Defesa permanente do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde;**

**6. Incentivo ao controle social no Sistema Único de Saúde**

**7. Implantação de novas de NASF-AB para cobrir 100% do território municipal;**

**8. Ampliar em 70% a cobertura populacional e consolidar a ESF com ênfase nos atributos essenciais da APS;**

**9. Aumento da oferta de atenção primária à saúde com diminuição das barreiras de acesso;**

**10. Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos).**

**11. Ampliação de unidades de Academia da Saúde;**

**12. Expansão do Programa Municipal de Residência em Saúde da Família com vagas destinadas aos egressos dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional;**

**13. Informatizar as unidades básicas de saúde e implantar o Prontuário Eletrônico do Cidadão;**

**14. Garantir estrutura física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das unidades de APS;**

**15. Implantação/implementação de Plano de Cargos, Carreiras e Salários**

**16. Implantação/implementação de Plano de Educação Permanente.**

Diante do exposto, acreditamos que as propostas apresentadas neste documento fomentam o debate e a inclusão destas propostas nos planos de governo dos candidatos (as) à Prefeitura e à Câmara Municipal; se eleitos(as), espera-se a responsabilização e compromisso na implantação/implementação destas propostas em prol da consolidação da Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. Decreto Estadual da Bahia n. 14.457, de 03 de maio de 2013. Salvador: Diário Oficial [da] Estado da Bahia, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2019.

PORTELA, G Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 27 (2) Jan-Mar 2017.

LIMA; A. C. S; FALCAO, I.V. A Formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Recife. **Cad. Terapia Ocupacional. UFSCAR**, v. 22, n.1. p. 3-14, 2014

RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Com. Ciências Saúde**. 2010, 21(3): 261-266.

**PROPOSTAS DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA O FORTALECIMENTO  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E DA REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (RAPS) NOS MUNICÍPIOS**

**Documento propositivo para o programa partidário dos partidos políticos  
no pleito eleitoral de 2020.**

**CÂMARA TÉCNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL**

**Salvador 2020**

## **Câmara Técnica de Terapia Ocupacional em Saúde Mental**

Dra. Adelly Rosa Orselli Moraes Sodré - CREFITO 10949-TO

Dra. Carina Vasquez Dos Santos - CREFITO 6040-TO

Dra. Itatyane Bispo De O. Nascimento Santos - CREFITO 5726-TO

Dra. Patrícia Silva Oliveira - CREFITO 6525-TO - Coordenadora

## **CONTEXTUALIZAÇÃO**

A Política Nacional de saúde Mental, instituída através da portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial, preconizando a criação, ampliação e articulação de ações e serviços de saúde voltados às pessoas em situação de sofrimento mental. Assim, faz parte da Rede de Atenção à Saúde que busca a organização de ações e serviços de saúde de diferentes complexidades tecnológicas, que articuladas a sistemas de suporte técnico, logístico e de gestão têm como objetivo garantir a integralidade do cuidado, atendendo também aos princípios de universalização e equidade nas três esferas de governo.

A RAPS vem efetivar a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, bem como as Reformas Psiquiátrica e Sanitária, buscando a implantação de serviços de base territorial e comunitária, substituindo o modelo manicomial. É constituída através de sete componentes que englobam ações e serviços, buscando atender as necessidades de usuários e familiares em seus territórios de vida. Os sete componentes são estruturados através dos seguintes pontos de atenção: atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização, estratégia de reabilitação psicossocial. As equipes que atuam nesses pontos de atenção devem ser compostas por diferentes profissionais e devem desenvolver suas práticas de maneira integrada. Assim sendo, dentre os profissionais que integram essas equipes, destacamos o terapeuta ocupacional. A prática da Terapia Ocupacional, pautada na Reforma Psiquiátrica Brasileira e na Luta Antimanicomial tem como objetivo compreender os sujeitos em suas singularidades, a partir de então possibilitar a construção de um projeto terapêutico que busque a autonomia desses sujeitos.

Propomos, por meio deste documento, apresentar o Terapeuta Ocupacional nos dispositivos da RAPS, a fim de demonstrar a relevância da sua atuação, e, portanto defender a ampliação do trabalho desta categoria profissional.

COMPLEXIDADE (PONTOS DE ATENÇÃO)	SERVIÇOS	ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL
I - Atenção Básica em Saúde	<p>a) Unidade Básica de Saúde;</p> <p>b) equipe de atenção básica para populações específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipe de Consultório na Rua;</li> <li>2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;</li> </ol> <p>c) Centros de Convivência;</p>	<p><b>a) Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF:</b> Realizar apoio matricial para as equipes de saúde da família, fazendo atendimentos compartilhados, promovendo e dando suporte a grupos terapêuticos, dessa forma contribuindo para o processo de educação permanente dos profissionais; promover articulação com outros pontos da rede; realizar visita domiciliar, identificando demandas e fazendo orientações e encaminhamentos necessários.</p> <p><b>b) 1. Consultório na Rua – CR :</b> Realizar busca ativa e prestar cuidado as pessoas em situação de rua em sofrimento psíquico ou sofrimento em decorrência do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas; promover ações compartilhadas com pontos da rede de atenção psicossocial - RAPS (UBS/ESF, CAPS, entre outros) e da rede da assistência social (CRAS, CREAS); intervir de forma a possibilitar o sujeito a compreender e valorizar sua história de vida, seus saberes e desejos, buscando possibilidades que potencializem a autoestima, autonomia e cidadania.</p>



## **2. Atenção Residencial de Caráter Transitório:**

- **Residência Terapêutica:**

Promover ações no domicílio, território, família, educação, lazer entre outros, a partir da construção do PTS de cada morador; avaliar e auxiliar na organização da rotina pessoal e da casa, estimulando e intervindo no desempenho das atividades da vida diária – AVDs e atividades instrumentais da vida diária – AIVDs; realizar intervenções que possibilitem no processo de retomada da identidade social, dos vínculos, da autonomia, da reinserção familiar e de retomada de projetos de vida interrompidos pelo processo de internação.

- **Unidade de Acolhimento:**

Realizar atividades que estimulem habilidades pessoais e de interação social, buscando maior autonomia e independência; Promover atividades e ações que estimulem ao sujeito a reconstrução dos papéis sociais

		<p>e produtivo; identificar possíveis interesses na área de educação, trabalho e lazer, realizando a mediação para a inserção do sujeito; orientar e auxiliar nas AVDs e AIVDs.</p> <p><b>c) Centros de Convivência:</b> Planejar e executar atividades (grupos e oficinas) que promovam possibilidades de convívio, estimulem o desenvolvimento de habilidades artísticas, culturais, corporais, buscando fortalecer a autoestima e melhor qualidade de vida; elaborar e participar de ações de geração de renda e economia solidária, estimulando maior autonomia; promover articulações com território, favorecendo interação com a comunidade e o exercício de cidadania.</p>
<p>II - Atenção psicossocial especializada</p>	<p>a) Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, nas suas diferentes modalidades:</p> <p><b>CAPS I</b></p> <p>Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de</p>	<p><b>CAPS I</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico;</li> <li>2. Identificar demandas e adotar condutas que proporcionem a continuidade do cuidado;</li> <li>3. Fazer encaminhamentos para outros pontos da rede, buscando a integralidade do cuidado;</li> <li>4. Avaliar e estimular as atividades da vida diária (AVDs) e as atividade</li> </ol>

	<p>crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes.</p> <p><b>CAPS II</b> Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes.</p> <p><b>CAPS III</b> Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.</p>	<p>instrumentais da vida diária (AIVDs), levando em consideração os aspectos cognitivos, sensoriais, perceptivos, motores, afetivos e psicossociais e, fazer orientações e propor adaptações, quando necessário, para potencializar a realização dessas atividades;</p> <p><b>5.</b> Planejar, acompanhar e promover atividades e ações, que estimulem os componentes cognitivos, sensoriais, perceptivos, motores, afetivos e psicossociais;</p> <p><b>6.</b> Construir o projeto terapêutico singular baseado na história de vida do sujeito, nas suas expectativas e desejos, atentando para os fatores pessoais, ambientais e socioeconômicos;</p> <p><b>7.</b> Planejar e mediar grupos e oficinas que favoreçam a vivência da socialização; estimulem a criatividade; favoreçam o exercício da autonomia e do protagonismo; potencializem ou desenvolvam habilidades manuais, artísticas, corporais, intelectuais;</p> <p><b>8.</b> Realizar atendimento familiar, acolhendo e dando o suporte necessário, além de orientar e auxiliar os familiares/cuidadores quanto ao tratamento e o cuidado a ser ofertado, buscando a construção de uma parceria;</p>
--	---	---

	<p><b>CAPS AD</b>  Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.</p> <p><b>CAPS AD III</b>  Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, indicado para</p>	<p><b>9.</b> Realizar visita domiciliar para estreitamento de vínculo do terapeuta com o sujeito, família e comunidade; observar e avaliar a interação do sujeito com o ambiente do domicílio, a dinâmica familiar e com a comunidade, a fim de produzir intervenções que fortaleçam a autonomia na realização das AVDs e os vínculos afetivos e sociais;</p> <p><b>10.</b> Realizar o apoio matricial em saúde mental para às equipes da atenção básica e de urgência e emergência, buscando o compartilhamento e a integralidade do cuidado;</p> <p><b>11.</b> Realizar acompanhamento terapêutico, a fim de acompanhar os indivíduos em sofrimento psíquico nos espaços da vida cotidiana (saúde, trabalho, educação, esporte, lazer, cultura, moradia), proporcionando o exercício da cidadania;</p> <p><b>12.</b> Fazer reavaliações e propor alta do CAPS, sugerindo a continuidade do cuidado em outro ponto da rede;</p> <p><b>13.</b> Promover atividades e ações de redução de danos.</p> <p><b>CAPS II</b>  Idem itens de 1 a 12</p> <p><b>CAPS III</b>  Idem itens de 1 a 12</p>
--	--	--

	<p>Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.</p> <p><b>CAPS AD IV</b></p> <p>Atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado.</p> <p><b>CAPS i</b></p> <p>Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.</p>	<p><b>13.</b> Acompanhar e intervir na hospitalidade noturna, inclusive final de semana e feriado, intensificando o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.</p> <p><b>CAPS AD</b></p> <p>Idem itens 1 a 12;</p> <p><b>13.</b> Promover atividades e ações de redução de danos.</p> <p><b>CAPS AD III</b></p> <p>Idem itens 1 a 12;</p> <p><b>13.</b> Promover atividades e ações de redução de danos.</p> <p><b>14.</b> Acompanhar e intervir na hospitalidade noturna, inclusive final de semana e feriado, intensificando o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.</p> <p><b>CAPS AD IV</b></p> <p>Idem itens 1 a 12;</p> <p><b>13.</b> Promover atividades e ações de redução de danos.</p> <p><b>14.</b> Acompanhar e intervir na hospitalidade noturna, inclusive final de semana e feriado, intensificando o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.</p> <p><b>CAPS i</b></p>
--	--	---

		<ol style="list-style-type: none"><li><b>1.</b> Realizar acolhimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;</li><li><b>2.</b> Identificar demandas e adotar condutas que proporcionem a continuidade do cuidado;</li><li><b>3.</b> Fazer encaminhamentos para outros pontos da rede, buscando a integralidade do cuidado;</li><li><b>4.</b> Avaliar se as atividades da vida diária (AVDs) e as atividade instrumentais da vida diária (AIVDs) são realizadas e como são realizadas, levando em consideração os aspectos cognitivos, sensoriais, perceptivos, motores, afetivos e psicossociais, a fim de promover atividades e ações que estimulem a realização dessas atividades; fazer orientações aos familiares/cuidadores e propor adaptações, quando necessário.</li><li><b>5.</b> Planejar, acompanhar e promover atividades e ações, que estimulem os componentes cognitivos, sensoriais, perceptivos, motores, afetivos e psicossociais;</li><li><b>6.</b> Construir o projeto terapêutico singular baseado na história de vida da criança e adolescente, nas suas potencialidades e fragilidades, atentando para os fatores familiares, socioeconômicos e ambientais;</li></ol>
--	--	---

		<p><b>7.</b> Planejar e mediar grupos e oficinas que favoreçam a vivência da socialização; estimulem a criatividade, a autonomia e o protagonismo; potencializem ou desenvolvam habilidades manuais, artísticas, corporais, intelectuais;</p> <p><b>8.</b> Realizar atendimento familiar, acolhendo e dando o suporte necessário, além de orientar e auxiliar os familiares/cuidadores quanto ao tratamento e o cuidado a ser ofertado, buscando a construção de uma parceria;</p> <p><b>9.</b> Realizar visita domiciliar para estreitamento de vínculo do terapeuta com a criança e adolescente, família e comunidade; observar e avaliar a interação da criança e adolescente com o ambiente do domicílio, a dinâmica familiar e com a comunidade, a fim de produzir intervenções que fortaleçam a autonomia na realização das AVDs e os vínculos afetivos e sociais;</p> <p><b>10.</b> Realizar o apoio matricial em saúde mental para às equipes da atenção básica e de urgência e emergência, buscando o compartilhamento e a integralidade do cuidado;</p> <p><b>11.</b> Realizar visitas e dar suporte técnico às escolas, para potencializar a inclusão de crianças e adolescentes</p>
--	--	---

		<p>em sofrimento psíquico no ensino regular e auxiliar na identificação de casos que necessitem de avaliação e acompanhamento no CAPS i.</p> <p><b>12.</b> Realizar acompanhamento terapêutico, a fim de acompanhar as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico nos espaços da vida cotidiana (saúde, educação, esporte, lazer, cultura, moradia), proporcionando o exercício da cidadania;</p> <p><b>13.</b> Fazer reavaliações e propor alta do CAPS, sugerindo a continuidade do cuidado em outro ponto da rede;</p> <p><b>14.</b> Promover atividades e ações de redução de danos.</p>
<p>III - Atenção de urgência e emergência</p>	<p>a) SAMU 192;</p> <p>b) Sala de Estabilização;</p> <p>c) UPA 24 horas;</p> <p>d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;</p> <p>e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;</p>	<p>Estes pontos de atenção fazem parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e são formadas por profissionais das áreas de enfermagem e medicina e são considerados componentes de atenção da RAPS. Os pontos da RUE (SAMU, UPA 24h etc.) são recursos que devem ser acessados pelos familiares/usuários da RAPS, bem como os profissionais que atuam nela, dentre eles o terapeuta ocupacional. Cabe aos terapeutas ocupacionais, e demais profissionais da RAPS, realizar articulações com a RUE, bem como organizar a oferta de ações de matriciamento destes pontos. Essas</p>



		ações terão como consequência a garantia da oferta de cuidado mais qualificado às pessoas que sofrem de transtornos mentais quando precisarem acessar a RUE.
IV - Atenção residencial de caráter transitório	<p>a) Unidade de Acolhimento</p> <p>Serviço que funciona 24 horas, todos os dias da semana e acolhe crianças e adolescentes (10 a 18 anos incompletos) e adultos de ambos os sexos com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e outras Drogas numa de suas modalidades:</p> <p><b>Unidade de Acolhimento Infante Juvenil ou Unidade de Acolhimento Adulto</b></p> <p>O acolhimento ocorre voluntariamente e é ofertado cuidado para aquelas pessoas que estejam em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar, e que demandam acompanhamento</p>	<p><b>Unidade de Acolhimento / Serviços de Atenção em Regime Residencial</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais que possibilitem ressignificar seus papéis ocupacionais e produtivos, através da articulação com as redes de serviços e projetos nas áreas da educação, geração de renda, dentre outras, reconhecendo e valorizando as escolhas e a produção de sentido nas suas trajetórias de vida;</li> <li>2. Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais que colaborem para o aumento da capacidade de independente e autonomia;</li> <li>3. Ofertar atividades em grupos que favoreçam as habilidades pessoais, sociais e de comunicação;</li> <li>4. Promove atividades grupais que possibilitem o resgate e o registro da identidade do sujeito, valorizando as singularidades e a história de cada um;</li> <li>5. Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais que possibilitem estratégias de inclusão social, através da identificação de interesses de trabalho/estudo, lazer e outras</li> </ol>

	<p>terapêutico e protetivo. A inserção ocorrerá através do encaminhado pelo CAPS de referência que é o responsável pelo PTS.</p> <p>b) Serviços de Atenção em Regime Residencial</p> <p>Serviço voltado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, incluindo as Comunidades Terapêuticas no âmbito da RAPS com tempo de permanência até no máximo de 09 meses. O ingresso de residentes no serviço de atenção em regime residencial será condicionado ao consentimento expresso do usuário e dependerá de avaliação prévia pelo CAPS de referência. A entrada de novos residentes poderá ser indicada por Equipe de Atenção Básica, em</p>	<p>habilidades necessárias às suas demandas;</p> <p><b>6.</b> Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais que favoreçam a reorganização da rotina diária e o autocuidado, reconhecendo a identidade cultural e trajetórias de vida que sejam significativas, considerando a heterogeneidade do grupo (gênero, idade, modos de vida etc.);</p> <p><b>7.</b> Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais na construção de estratégias coletivas ou individuais para lidar com situações cotidianas mais difíceis no processo de adaptação dos sujeitos durante a hospitalidade na unidade;</p> <p><b>8.</b> Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais que contribuam para a organização/reorganização das atividades de vida diária e atividades de vida prática;</p> <p><b>9.</b> Contribuir na organização de atividades individuais ou em grupos, envolvendo a unidade, a família e a comunidade;</p> <p><b>10.</b> Contribuir com a organização das atividades da unidade para oferta de propostas no âmbito socioeducacional, de lazer, de cultura, dentre outras.</p>
--	--	---

	avaliação conjunta com o CAPS de referência.	
V - Atenção hospitalar	<p>a) enfermagem especializada em Hospital Geral</p> <p>b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;</p> <p>Devem ofertar suporte hospitalar para situações de urgência e emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como comorbidades psiquiátricas ou clínicas, com funcionamento em regime integral, 24 horas por dia, 7 dias da semana, finais de semana e feriados, sem interrupção entre os turnos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais que contribuam para a reorganização do estado psíquico, através de escuta e valorização da sua singularidade, considerando os aspectos familiares, sociais e ocupacionais;</li> <li><b>2.</b> Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais que contribuam na mediação entre o sujeito e sua família;</li> <li><b>3.</b> Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais na construção de estratégias para lidar com situações cotidianas mais difíceis no processo de permanência no hospital;</li> <li><b>4.</b> Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais que favoreçam a reorganização da rotina diária e o autocuidado durante a permanência na unidade, reconhecendo e valorizando sua identidade cultural e trajetória de vida;</li> <li><b>5.</b> Realizar intervenções terapêuticas ocupacionais grupais, que favoreçam as trocas, a convivência e o suporte às dificuldades que se apresentem durante permanência no hospital;</li> <li><b>6.</b> Promove atividades grupais que possibilitem o resgate e o registro da identidade do sujeito, valorizando as singularidades e a história de cada um;</li> </ol>

		<p>7. Contribuir com a equipe na articulação dos pontos de atenção da rede para inserção do usuário para o cuidado após a alta e consequente continuidade do suporte psicossocial que se fizer necessário.</p>
<p>VI - Estratégias de desinstitucionalização</p>	<p>a) Serviços Residenciais Terapêuticos;</p>	<p><b>Intervenções na casa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantir a participação dos sujeitos na escolha do lugar onde morar, do espaço a ocupar, a organização do espaço através da escolha e compra de móveis, utensílios, ornamentações, elementos que fazem parte do processo de habitar;</li> <li>2. Garantir, caso necessário a adaptação dos ambientes e espaços, tornando-os funcionais às necessidades específicas de cada morador;</li> <li>3. Facilitar a construção de espaços de discussão sobre a rotina e organização da casa junto aos moradores e pessoal de apoio;</li> <li>4. Garantir que o processo de apropriação e organização do espaço possam configurar este enquanto um lar, onde as estratégias de convivência estejam vinculadas a uma casa onde habitar, distanciando-o de elementos que caracterizam o tratar, institucionalizar.</li> </ol>

### **Intervenção junto aos moradores**

- 1.** Possibilitar a construção de projetos de vida que valorizem as escolhas dos sujeitos e incluam a apropriação do espaço onde vive (espaço dentro e fora da casa), as escolhas sobre o comer, o vestir, o passear, entre outros;
- 2.** Facilitar a construção de cotidiano, pautado no estabelecimento de relações de troca, como ida ao mercado, feira, farmácia, padaria, salão de beleza etc.;
- 3.** Possibilitar a construção de espaços de convivência e rede de apoio local, também utilizando os dispositivos comunitários no território;
- 4.** Facilitar a construção de espaços de discussão sobre a rotina e cotidiano das relações entre moradores e seus pares, intermediando conflitos, divisão de responsabilidades domésticas, construindo estratégias de gestão da casa, também envolvendo pessoal de apoio;
- 5.** Acompanhar os sujeitos, quando necessário no acesso as redes de apoio, primária, social e de saúde quando necessário.

### **Ações no território e na comunidade**

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar atividades que possibilitem o mapeamento do território de vida onde o sujeito possa identificar seus espaços sociais, culturais, de saúde, trabalho, lazer, auto cuidado, dentre outros;</li> <li>2. Utilizar atividades que favoreçam a acessibilidade do sujeito a sua comunidade, bairro, cidade;</li> <li>3. Buscar a articulação dos moradores com o Centro de Atenção Psicossocial do território;</li> <li>4. Buscar a realização de atividades que favoreçam a construção de novos laços sociais no seu bairro e na cidade onde vive.</li> </ol> <p><b>Ações junto a equipe de trabalho e a rede intersetorial</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabalhar junto a demais membros da equipe na construção de espaços de educação permanente que envolva os cuidadores, técnicos de referência e a própria equipe de referência buscando a construção e fortalecimento de estratégias de atenção psicossocial junto aos sujeitos.</li> </ol>
VII - Reabilitação psicossocial.	a) Iniciativas de geração de renda e trabalho	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buscar de forma coletiva, junto aos sujeitos a construção compartilhada sobre temas como trabalho, geração de renda, economia solidária e cooperativismo social;</li> </ol>

	<p>b) Empreendimento solidários e cooperativas sociais</p>	<p><b>2.</b> Utilização de atividades, ações que possibilitem a ressignificação do trabalho a partir da perspectiva do cooperativismo social e da economia solidária;</p> <p><b>3.</b> Facilitar o uso de atividades que favoreçam trocas e saberes voltados a divisão de tarefas, relações solidárias, decisões que envolvam um coletivo, voltadas a apropriação e ressignificação do processo de trabalho e suas etapas;</p> <p><b>4.</b> Promover, quando necessário, a adaptação dos processos de produção coletiva e/ou individual, mediante as especificidades dos sujeitos envolvidos;</p> <p><b>5.</b> Facilitar a construção de espaços de discussão e operacionalização de oficinas de geração de renda, empreendimento solidário, cooperativas sociais;</p> <p><b>6.</b> Estimular a participação dos sujeitos em eventos e feiras com vistas a comercialização do material produzido nas iniciativas supracitadas;</p> <p><b>7.</b> Possibilitar formas de inserção dos sujeitos em contextos de trabalho, pensando nas trocas sociais e materiais que dialoguem com os princípios da economia solidária.</p>
--	--	---

A ação do terapeuta ocupacional como um profissional de relevância na RAPS foi apresentado neste documento, no intuito de reafirmamos o lugar e relevância desse profissional para consolidação dessa política.

Espera-se dos candidatos (as) à Prefeitura e à Câmara Municipal; se eleitos (as), a responsabilização e o compromisso na implantação/implementação da Rede de Atenção Psicossocial, bem como a ampliação do quantitativo de terapeutas ocupacionais nos vários dispositivos da RAPS.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Presidência da República. Lei 10216, de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 106. 11 de fevereiro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3088. 23 de dezembro de 2011 (republicada em 21 de maio de 2013)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3088. 23 de dezembro de 2011 (republicada em 21 de maio de 2013)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 121. 25 de janeiro de 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Nota Técnica nº 25/2012.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 106. 11 de fevereiro de 2000. **Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.**

**PROPOSTAS DA FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD) NOS MUNICÍPIOS**



**Documento propositivo para o programa partidário dos partidos políticos  
no pleito eleitoral de 2020.**

**Responsável pela elaboração do documento:**

Dra. Nadja Queiroz de Oliveira – CREFITO 3779-F

**Salvador 2020**

## CONTEXTUALIZAÇÃO

Segundo o Relatório Mundial da OMS (2011) mais de 1 bilhão de pessoas vivem com alguma deficiência, o que representa cerca de 15% da população mundial e um aumento em 5 pontos percentuais em relação à década anterior. Este aumento do contingente de pessoas com deficiência é resultado da transição epidemiológica e demográfica em todo o mundo, aliada ao impacto da desigualdade social que eleva os índices de violência (OMS, 2011). No Brasil também ocorreu importante aumento da população de pessoas com deficiência. Em 2000, as Pessoas com Deficiência representavam 14,48%, passando para 23,91% da população com pelo menos um tipo de deficiência em 10 anos, o que corresponde a 190.766.799 habitantes. Na Bahia 25,38% da população (4.795.909 pessoas) tem pelo menos um tipo de deficiência (IBGE, 2010)

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída pela Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012 e seus incentivos financeiros de investimento e custeio para o componente da Atenção Especializada foram estabelecidos pela Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. O Grupo Conductor de Redes, instituído e aprovado através da Resolução CIB/BA nº 047 de 27 de fevereiro de 2012, é composto por representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-BA) e do Ministério da Saúde.

As diretrizes da RCPD, aprovadas pela Resolução CIB/BA, 167/2013, publicadas no Diário Oficial do Estado da Bahia de 28 de maio de 2013, direcionam para a organização da atenção à saúde na perspectiva da equidade e integralidade, bem como à luz da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e não mais através da Classificação Internacional de Doenças (CID), visto que a CIF envolve a compreensão da saúde e da deficiência numa dimensão política, econômica e social, com o objetivo de superar a invisibilidade e exclusão históricas às quais as pessoas com deficiência foram submetidas.

Os objetivos da RCPD focam no compromisso de garantir às pessoas com Deficiência, a atenção à saúde em todos os espaços do cuidado, com respeito às particularidades de cada tipo de deficiência, além de direcionar na promoção

da saúde e prevenção de agravos da população em geral, com o intuito de prevenir novas deficiências.

A RCPD se organiza em três componentes: a Atenção Básica, a Atenção Especializada e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Estes componentes deverão ser articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção. Da mesma forma, os serviços devem ser regionalizados e articulados com diferentes setores da gestão da Atenção à Saúde e de outras políticas públicas como educação, assistência social e segurança pública.

A Atenção Básica é composta pelas UBS – Unidades Básica de Saúde, os NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Odontológica. A Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências conta com estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e oficinas ortopédicas, como pontos de atenção. No componente hospitalar e de urgência e emergência, estão as UPAS – Unidades de Pronto atendimento, SAMU e unidades hospitalares, que deverão contar com equipes de reabilitação para prevenção de deficiências, reversão de ostomias, dentre outros. Vale ressaltar, que o Estado da Bahia com toda a sua extensão territorial e com, aproximadamente,  $\frac{1}{4}$  da sua população com algum tipo de deficiência conta, atualmente, com apenas uma oficina ortopédica construída, mas ainda não funcionando, no extremo sul do Estado, no município de Teixeira de Freitas.

O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional são profissionais que, juntamente com outros membros da equipe de reabilitação, atuam nos três componentes da RCPD, tendo uma interação muito forte na Atenção Especializada, atuando nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e na Atenção hospitalar. Na atenção básica, a quantidade desses profissionais ainda é modesta, considerando-se a extensão territorial do estado da Bahia e a necessidade de contrarreferência dos pacientes no retorno aos seus municípios de origem, já que não existem CER, principalmente que atendam a todas as modalidades de deficiência citadas, em todas as 28 regiões de saúde do Estado.

Dessa forma, são necessárias algumas medidas para que a população com deficiência tenha uma assistência digna, no que se refere a atuação dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais:

- Aumentar o número de profissionais nos NASF;
- Equipar os NASF para que não haja solução de continuidade da reabilitação iniciada pelos CER, no retorno dos pacientes ao seu território;
- Normatizar o fisioterapeuta no SAMU, assim como nas UPAS, já que a assistência ventilatória inicial, feita de forma adequada, pode prevenir deficiências;
- Aumentar o número de oficinas ortopédicas no estado da Bahia e qualificar os profissionais para coordenarem esses serviços;

## REFERÊNCIAS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Estados@- Bahia.](http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba) Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acesso em 02 set. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência / World Report on Disability**,; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p.

**EM DEFESA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Considerando a **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**, que estabelece diretrizes para organização das **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, no âmbito do SUS. As **RAS** são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Considerando que a **RAS** caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na **Atenção Primária à Saúde (APS)**, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da **APS** como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

Considerando ainda a **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010** e as discussões em Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde ficam instituídas: **1. Rede Cegonha; 2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); 3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); 4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; 5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.**

Portanto, essa comissão de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais defende a organização da assistência em **redes de atenção à saúde**, que buscam consolidar o cuidado integral às pessoas em seus territórios.

E ainda, reafirma a importância das demais redes, e portarias, conforme segue:

## **REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

**Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011** - *Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).*

Art. 1º Esta Portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde ; II - Atenção Básica em Saúde; III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências ; IV - Sala de Estabilização; V - Força Nacional de Saúde do SUS; VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII - **Hospitalar**; e VIII - **Atenção Domiciliar**.

#### **REDE CEGONHA**

**Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011** - *Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS a Rede Cegonha.*

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

#### **REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

**Portaria nº 483 de 01 de abril de 2014** - *Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado*

Art. 1º Esta Portaria redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado.

Art. 2º Para efeito desta portaria, consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral,

apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

**PROPOSTA DE INCLUSÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA  
FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –  
SUAS NO MUNICÍPIOS**

**Documento propositivo para o programa partidário dos partidos políticos  
no pleito eleitoral de 2020.**

**CÂMARA TÉCNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL NOS CONTEXTOS  
SOCIAIS**

**Salvador 2020**



## **Câmara Técnica de Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais**

Dra. Cibele Nascimento Dos Santos - CREFITO 12200 -TO – Coordenadora

Dra. Fernanda Santos Vieira - CREFITO 11516 -TO

Dra. Maira Cerqueira De Oliveira - CREFITO 5874 -TO

Participação Especial: Dra. Aline Alencar Alves - CREFITO 14691 - TO

## CONTEXTUALIZAÇÃO

Considerando a **Lei Nº 8.742, de 7 De Dezembro de 1993** que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, determina a obrigação do Estado Brasileiro e dos Entes federados de assegurar os direitos fundamentais, definidos na Constituição Federal (art. 1º, da Lei n. 9.096/1965).

Considerado **Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004 (dou 28/10/2004)** do Conselho Nacional de Assistência Social que instituiu Política Nacional de Assistência Social - PNAS 2004.

Considerando a Resolução Nº 130 de 15 de julho de 2005 que aprova a **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS** o caráter do SUAS, a função de política pública de Assistência Social bem como seu financiamento e níveis de gestão do sistema.

Considerando a resolução Nº 17, de 20 de junho de 2011 que ratifica a equipe de referência definida pela **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS** e reconhece as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, incluindo entre elas, preferencialmente, a Terapia Ocupacional.

Considerando que a Terapia Ocupacional Social ou no Campo Social é área de especialidade denominada Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais, na forma da **Resolução Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional- COFFITO nº. 366, de 20 de maio de 2009**, publicada no **DOU nº. 112**, Seção 1, em 16 de junho 2009, página 42.

Considerando os procedimentos de Terapia Ocupacional, publicados no **Diário Oficial da União nº 141**, Ano CXLIV, Seção 3, páginas 91 e 92, em 24 de julho de 2007.

Propomos por meio deste documento um debate para fundamentação teórica sob atuação do Terapeuta Ocupacional na área social, a fim de defender a necessidade da inclusão e ou ampliação do trabalho desta categoria nos vários níveis de assistência social disposto no SUAS.

COMPLEXIDADE	SERVIÇOS	ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL
Proteção Social Básica	O Centro de Referência da Assistência Social-CRAS	<p>Promover atividades que, enquanto tecnologias de mediação sócio-ocupacional, oferecem oportunidades para que os participantes se apropriem material e simbolicamente de seus espaços de vida e convivência, exercitem seu protagonismo sobre estes e fortaleçam suas relações em redes sociais;</p> <p>Desenvolver ações de inclusão digital e de acesso às tecnologias de comunicação e informação como ferramentas de empoderamento pessoal e social a serem aplicadas na reivindicação e exercício de direitos e na produção autoral das pessoas, grupos, famílias ou comunidades;</p> <p>Propor e implementar a realização de atividades que favoreçam o acesso a experiências diversas de manifestações culturais, artísticas e expressivas, desportivas, ritualísticas, lingüísticas entre outras, bem como a consolidação de relações dialógicas pautadas pela cidadania e pelo reconhecimento do valor da diversidade de saberes;</p>

		<p>Desenvolver atividades que apoiem a pessoa com deficiência ou idosa no desenvolvimento de suas atividades da vida cotidiana valorizando seus pontos de vista e conhecimento.</p>
<p>Serviços de Proteção Social Especial do SUAS - Média Complexidade</p>	<p>Centros de Referência Especializados da Assistência Social CREAS</p>	<p>Trabalhar por meio das atividades, a reconstrução de sentido, a valorização de potencialidades e conhecimentos, favorecendo as trocas afetivas, econômicas e de redes de apoio, nas situações de crise pessoal e/ou coletiva;</p> <p>Desenvolver metodologias para a reorganização da vida cotidiana familiar tendo em vista a potencialização dos benefícios obtidos.</p>
<p>Serviços de Proteção Social Especial do SUAS - Alta Complexidade</p>	<p>Unidades de Acolhimento</p>	<p>Construir e desenvolver, com a equipe multiprofissional e com as pessoas em situação de rua, estratégias para lidar com situações-limite cotidianas e de emergência;</p> <p>Facilitar o acesso às trocas econômicas e ao mercado formal de trabalho;</p> <p>Promover atividades reconhecendo a identidade cultural e trajetórias de vida que sejam significativas e se constituam através de uma relação dialógica, considerando a heterogeneidade deste grupo social (gênero, idade, modos de viver a rua, entre outros).</p> <p>Realizar o estudo e auxiliar na organização da vida cotidiana, da vida prática e ocupacional de pessoas em situação de rua;</p>

		<p>Colaborar com o acesso às redes de serviços e projetos nas áreas da educação, geração de renda, cultura, saúde, arte, esporte, orientação jurídica, reconhecendo e valorizando as escolhas e a produção de sentido nas trajetórias individuais, articulada a uma construção dialogada das necessidades dos indivíduos;</p> <p>Estabelece espaços de diálogo e participação nas atividades da unidade;</p> <p>Conhecer o território e busca parcerias locais e iniciativas para a integração comunitária dos equipamentos e acolhidos.</p>
Centro Pop	Centro Pop	<p>Elaborar a grade de atividades institucionais internas do serviço de acolhimento, ofertando alternativas de âmbito socioeducacional, de lazer e de cultura;</p> <p>Construir estratégias para lidar com situações-limite cotidianas e com momentos mais difíceis durante o período de acolhida e permanência na instituição;</p> <p>Promove atividades grupais que possibilitem o resgate e o registro da identidade do sujeito, valorizando as singularidades e a história de cada um;</p>
Proteção Social Básica	Centro dia	

		<p>Realizar um conjunto variado de atividades de cuidados básicos de vida diária das crianças com deficiência e de cuidados instrumentais de participação social, das crianças e seus cuidadores familiares;</p> <p>Organizar atividades individuais e em grupos, envolvendo o Centro Dia, o domicílio, a família e a comunidade;</p> <p>Compartilhar cuidados com as famílias, e favorecer a ampliação de redes de atenção especializada;</p> <p>Promover ações para diminuição de fragilidades de cuidados familiares, em virtude das condições sociais; como: famílias em situação de pobreza;</p> <p>Realizar palestras, oficinas e outras ações sobre o cotidiano da convivência com deficiência; incentivo ao autocuidado, à continuidade dos estudos e de projetos pessoais, importância da adesão e acesso das crianças a outros serviços de saúde, educação dentre outros; ;</p> <p>Desenvolver estratégias de inclusão social das famílias em ações de capacitação e acesso ao mundo do trabalho, à benefícios e renda, dentre outras.</p>
Serviço Especializado em Abordagem Social		<p>Compõe equipe multidisciplinar e auxilia na elaboração de estratégias para lidar com situações-limite cotidianas e de emergência;</p>

		<p>Elabora ações de reinserção comunitária em parceria com a rede de serviços territorial;</p> <p>Elabora ações de divulgação do trabalho realizado e de sensibilização da comunidade para o reconhecimento de situações-limite;</p> <p>Desenvolve junto com a família e a comunidade estratégias de criação e/ou fortalecimento de redes de suporte e de enfrentamento das dificuldades.</p>
Gestão		<p>Articular no nível macro e micro ações territoriais amparadas no cotidiano;</p> <p>Discutir ações no território, no contexto social, no bairro, na comunidade, articulado com as proposições da administração pública;</p> <p>Propor ações de articulação coletiva e da individual, do macro e do micro.</p>

A ação do terapeuta ocupacional como um profissional que conhece e potencializa o desempenho ocupacional das pessoas coaduna com o objetivo primordial do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/PNUD/ONU) que é de ampliar as *“escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para serem aquilo que desejam ser.”* ( PNUD, ONU, 2019). Deste modo, apresentaremos sucintamente algumas praticas deste profissional nos serviços dos SUAS que demonstram este valioso aporte.

Assim, o Terapeuta ocupacional atua favorecendo maior autonomia e independência por meio de manejo das atividades humanas que sejam significativas e dialógicas como tecnologia de mediação sócio-ocupacional, em atividades culturais, expressivas, econômicas, corporais, lúdicas e de

convivência, entre outras. Favorecendo também o fortalecimento do trabalho interdisciplinar e a efetividade da política pública.

## REFERÊNCIAS

- ABRATO - Associação Brasileira Dos Terapeutas Ocupacionais- Lista de Procedimentos da Terapia Ocupacional – LPTO, publicados no Diário Oficial da União nº 141, Ano CXLIV, Seção 3, páginas 91 e 92, em 24 de julho de 2007,
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS). Brasília: MDS, 2007.
- BRASIL, Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993.
- COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. RESOLUÇÃO- COFFITO nº. 366, de 20 de maio de 2009, publicada no DOU nº. 112, Seção 1, em 16 de junho 2009, página 42.
- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social por intermédio da Resolução Nº 17, de 20 de junho de 2011 e publicada no Diário Oficial da União – DOU do dia 21 de junho de 2011.
- Política Nacional de Assistência Social – PNAS, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social por intermédio da Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, e publicada no Diário Oficial da União – DOU do dia 28 de outubro de 2004.
- Organização das Nações Unidas(ONU), Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2019. Disponível: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_pt.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf). Acesso em 04 de maio de 2020.