

DEMANDAS, CONSTRUÇÕES E DESAFIOS VIVENCIADOS POR TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Demands, constructions and challenges experienced by occupational therapists in primary health care

Demandas, construcciones y desafíos vividos por terapeutas ocupacionales en la atención primaria de salud

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Compreender as demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde, no município de Fortaleza-CE. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, do qual participaram 13 terapeutas ocupacionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Utilizou-se a técnica de grupo focal, em março de 2011, na sede do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - 6ª Região. Após a análise temática do material com aportes teóricos em terapia ocupacional e saúde coletiva, emergiram as seguintes categorias: construção dos processos de trabalho; demandas e população assistida; contribuições e desafios dos terapeutas ocupacionais. **Resultados:** Pode-se afirmar que os terapeutas ocupacionais sensibilizaram as equipes para ações conjuntas mediante atividades de promoção da saúde a grupos prioritários e criaram espaços de planejamento para a construção da integralidade da atenção entre equipes de saúde e usuários, explicitando os desafios do território enquanto espaço de conquistas interdisciplinares, quando as resoluções dos problemas exigem sensibilidade e reconhecimento das categorias profissionais em campo. **Conclusão:** Entende-se que diversidades e especificidades inerentes ao território estão relacionadas às necessidades, e o cotidiano comunitário, juntamente com os tensionamentos no campo, contrapõe-se à lógica do trabalho em equipe, implicando em fragilidade das ações dos apoiadores.

Descritores: Terapia Ocupacional; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the demands, constructions and challenges experienced by occupational therapists in primary health care in Fortaleza city, Ceará, Brazil. **Methods:** This is a qualitative study conducted with 13 occupational therapists of the Support Centers for Family Health. It used the focus group method in March 2011 at the headquarters of the Regional Council of Physiotherapy and Occupational Therapy – 6th Region. After the thematic analysis of the material, with theoretical contributions of occupational therapy and collective health, the following categories emerged: construction of work processes; demand and assisted population; contributions and challenges of the occupational therapists. **Results:** It could be observed that occupational therapists encouraged teams to perform joint actions through health promotion activities for priority groups and created room for planning the construction of comprehensive care between healthcare teams and users, highlighting the challenges of the territory as a space for interdisciplinary achievements, where the problem resolution requires sensitivity and recognition by the professional categories in field. **Conclusion:** It is understood that diversities and specificities inherent to the territory relate to the needs, and the community daily routine, in addition to the field stresses, counters the team work logic, implying fragility in the actions of supporters.

Descriptors: Occupational Therapy; Primary Health Care; Family Health Program; Health Promotion.

Fernanda dos Reis⁽¹⁾
Ana Cléa Veras Camurça
Vieira⁽²⁾

1) Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB - Salvador (BA) - Brasil

2) Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 28/08/2012

Revisado em: 06/12/2012

Aceito em: 28/12/2012

RESUMEN

Objetivo: *Comprender las demandas, construcciones y desafíos vividos por terapeutas ocupacionales en la atención primaria de salud en el municipio de Fortaleza-CE. Métodos:* *Se trata de un estudio de caso con abordaje cualitativo en el cual participaron 13 terapeutas ocupacionales de los Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar. Se utilizó la técnica de grupo focal en marzo de 2011 en la sede del Consejo Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 6ª región. Después del análisis temático del material con aportes teóricos de terapia ocupacional y salud colectiva, emergieron las siguientes categorías: construcción de procesos de trabajo; demandas y población asistida; contribuciones y desafíos de los terapeutas ocupacionales. Resultados:* *Se puede afirmar que los terapeutas ocupacionales sensibilizaron los grupos para las acciones conjuntas mediante actividades de promoción de la salud para grupos prioritarios y crearon espacios de planeamiento para la construcción de la integralidad de la atención de los equipos de salud y usuarios, destacando los desafíos del territorio en cuanto espacio de conquistas interdisciplinarias cuando las resoluciones de los problemas exigen sensibilidad y reconocimiento de las categorías profesionales en campo. Conclusión:* *Se entiende que las diversidades y especificidades inherentes al territorio están relacionadas a las necesidades y el cotidiano comunitario, en conjunto con los problemas en el campo, se contraponen a la lógica de trabajo en equipo, contribuyendo para las fragilidades de las acciones de los que apoyan.*

Descriptores: *Terapia Ocupacional; Atención Primaria de Salud; Programa de Salud Familiar; Promoción de la Salud*

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 com o objetivo de fortalecer a atenção primária à saúde (APS) no Brasil. Inicialmente nomeada como um programa, tal iniciativa configurou-se como a principal aposta para a reorganização do modelo de atenção à saúde no país proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

A concentração de esforços e investimentos para a implantação da ESF resultou na solidificação do principal programa de atenção à saúde da população brasileira, atualmente presente em 5.325 dos 5.560 municípios do país, totalizando 32.930 equipes de Saúde da Família^(2,3).

Apesar da exitosa expansão, a ESF enfrenta dificuldades para a operacionalização da integralidade, da responsabilização do cuidado e do vínculo entre profissionais e usuários diante de determinadas situações. Estudos discutem obstáculos que estariam impedindo a consolidação da ESF, tais como: ausência de profissionais, insumos e estrutura; insuficiente formação dos profissionais; preconceitos em relação à tecnologia simplificada; excesso

de demanda, principalmente em zonas urbanas; fragilidade dos demais níveis de complexidade, como infraestrutura etc.⁽⁴⁻⁶⁾.

Esse cenário apontou a necessidade de reorganização do trabalho na ESF e abriu espaço para a introdução de novas metodologias, tecnologias e categorias profissionais. Em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 154⁽⁷⁾, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar sua abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização, bem como as ações da APS no Brasil. O NASF configurou-se como a primeira política pública de saúde a inserir o terapeuta ocupacional na atenção primária à saúde, pois, até então, a atuação dessa categoria profissional predominava na atenção terciária⁽⁸⁾.

Na APS, a terapia ocupacional possui o desafio de encarar o núcleo específico de ação (atividade, ocupação) no cenário em que está inserido, de acordo com os determinantes sociais e de saúde que interferem no fazer e no cotidiano, para atuar de forma resolutiva nesses aspectos. O objeto de especificidade da profissão – a atividade humana – precisa se alinhar às práticas terapêuticas não convencionais para a terapia ocupacional, que vem sendo experimentada pelos profissionais do país com a inserção nos NASF⁽⁹⁾.

Os profissionais do NASF devem oferecer apoio matricial às equipes de Saúde da Família, objetivando assegurar-lhes a retaguarda especializada (assistencial e técnico-pedagógica). O apoio matricial configura-se como uma das ferramentas para a implantação dos processos de trabalho do NASF, juntamente com a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio.

As primeiras experiências de atuação do NASF começam a aparecer timidamente na literatura⁽¹⁰⁻¹²⁾ e já apontam questionamentos, contribuições e limitações da implantação dessa nova política, tais como: dificuldades na integração entre o NASF e as equipes de Saúde da Família; ajustes na coordenação dos processos de trabalho; questionamentos quanto à existência de atenção individual pelas equipes do NASF; predominância de práticas coletivas, entre outras.

Em Fortaleza, por estarem inseridos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no período de 2009 a 2011, houve a possibilidade de se acompanhar o processo de inserção do terapeuta ocupacional do NASF nas unidades de saúde e, diante desse cenário, muitas questões insurgiram. Como foi a aproximação dos terapeutas ocupacionais com as equipes da Estratégia Saúde da Família? Como tem se dado a atuação do terapeuta ocupacional? Quais atividades são realizadas? Quais as demandas encaminhadas? Quais as colaborações dos terapeutas ocupacionais nesse contexto?

Assim, o objetivo do presente estudo é compreender as demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na APS, na cidade de Fortaleza-CE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso^(13,14), cujo município-caso, Fortaleza-CE, dividido administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), possui aproximadamente 2.447.409 habitantes⁽³⁾ e conta com o trabalho de 265 equipes de Saúde da Família e 22 equipes de NASF⁽²⁾.

Inicialmente, realizou-se contato com os profissionais responsáveis pela educação permanente de cada SER, para conversarem com os terapeutas ocupacionais do NASF. Porém, dos 22 terapeutas, apenas 13 se disponibilizaram para participar do estudo.

Para a coleta das informações, utilizou-se a técnica de grupo focal. Inicialmente, os participantes preencheram um questionário com perguntas abertas e fechadas que permitiram a caracterização dos sujeitos⁽¹⁵⁾. Posteriormente, utilizou-se um roteiro com perguntas norteadoras⁽¹⁶⁾ para a facilitação do grupo focal, com o objetivo de promover a discussão acerca do tema e, a partir da interação grupal, produzir dados e *insights* que seriam menos acessíveis fora do contexto interacional⁽¹⁷⁾. O grupo focal aconteceu em março de 2011, na sede do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6ª Região, e contou com a mediação do próprio pesquisador e a colaboração de dois observadores para a condução.

O planejamento do grupo focal se efetuou nas seguintes etapas: a) primeiramente, realizou-se uma reunião com o mediador e os observadores, na qual se pôde apresentar o roteiro de observação, bem como dividir as funções; b) durante a aplicação da técnica de grupo focal, utilizou-se um roteiro com questões norteadoras para a facilitação; c) após o encontro e a participação dos componentes do grupo, entregou-se aos presentes um certificado e uma carta de agradecimento pelas contribuições ao estudo⁽¹⁸⁾.

O conteúdo dos relatos, gravado e transcrito, versa sobre as percepções desses profissionais no NASF e suas relações com equipe, as necessidades e demandas para o trabalho, as solicitações do campo, os grupos populacionais mais assistidos e as atividades mais realizadas.

Realizou-se a leitura flutuante de todo o material, o que permitiu uma primeira organização a partir das unidades de registro e do contexto. Isso possibilitou responder, por meio da pré-análise, às normas de validade, como a exaustividade, a pertinência ao objetivo do trabalho e a homogeneidade. Depois, a exploração do material foi realizada retirando-lhe

as unidades de significação que emergiram desse processo⁽¹⁵⁾ e agregando-as a partir do diálogo entre os pressupostos teóricos e o conteúdo empírico, em uma categoria central intitulada “intervenções dos terapeutas ocupacionais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”.

A pesquisa está de acordo com o Código de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, e com a Resolução 196/96. A obtenção dos dados só teve início após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Processo nº 342/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo dos 13 terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa atuava anteriormente no serviço privado, no serviço público ou no terceiro setor. O tempo de formado variou entre 2 e 6 anos; apenas dois profissionais possuíam mais de 15 anos de profissão. Com relação à qualificação profissional, apenas um participante não possuía especialização, ou seja, esses profissionais eram especialistas em gerontologia, psicomotricidade e áreas afins da saúde coletiva.

Os achados apontaram para três categorias temáticas: (1) construção dos processos de trabalho; (2) demandas e população assistida; e (3) contribuições e desafios dos terapeutas ocupacionais no NASF.

Construção dos processos de trabalho

A Política Nacional da Atenção Básica⁽¹⁹⁾ respalda-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, com o propósito de aclarar e normatizar os processos de trabalho, a responsabilização e atribuições profissionais, e a caracterização do trabalho nas equipes da ESF, de forma interdisciplinar, para atender às demandas nos âmbitos individual e coletivo.

Para tanto, os terapeutas ocupacionais utilizaram estratégias de aproximação com as equipes de Saúde da Família, visando assumir a função de apoio, sem se configurar como porta de entrada do serviço para o usuário⁽²⁰⁾. Dentre as estratégias listadas, destacam-se: criação de instrumentos e protocolos de acionamento, fluxo para solicitação das categorias específicas, *folders* com o resumo de suas funções, entre outros. Os apoiadores buscaram sensibilizar e acionar as equipes para ações conjuntas através de atividades de promoção da saúde para grupos prioritários, criaram espaços de planejamento com as equipes e convidaram-nas para realizar visitas conjuntas de casos que chegaram através dos agentes comunitários de saúde (ACS). Essa situação pode ser ilustrada nos relatos a seguir:

“Fizemos quatro reuniões [...]. Chegamos a fabricar um folder com a explicação sobre o NASF.” (TO 13)

“Em todas as unidades, em todas, explicamos o que era o NASF, falamos da portaria, de todos os profissionais, o que é que cada um dos profissionais iria realizar. Já duas vezes, já fizemos duas vezes isso.” (TO 1)

“A gente precisa que o PSF esteja solicitando a gente, porque não podemos ser porta de entrada. Então, se o PSF não sabe sobre o nosso trabalho, a gente emperra. (...) E eu acho que o NASF, como ele foi feito, peca muito nesse sentido (...).” (TO 7)

Essa realidade evidencia uma relação de poder que contrasta com os achados de um estudo realizado sobre apoio matricial⁽²¹⁾, segundo o qual a relação entre apoiador-apoiado deve se estabelecer de forma horizontal, para confluir na resolução de situações-problema. Quanto à interação com as ESFs, os profissionais observaram que algumas equipes se sentem ameaçadas pelas mudanças de um espaço já consolidado. Nesse caso, referem-se às práticas engessadas em torno de programas focalizados de atenção à saúde. Para estes, a proposta de apoio é encarada como “um trabalho a mais”, como se visualiza nos relatos a seguir:

Eu vejo que, muitas vezes, algumas equipes se sentem ameaçadas (...) por nós. A gente chega propondo uma coisa e recebemos o ‘Não... não dá certo. Não vamos fazer isso, não. Não vamos mexer com isso, não.’” (TO 2).

As resistências aumentam quando as equipes do NASF incluem no cuidado integral demandas que usualmente não estão inseridas pelas equipes de Saúde da Família, como a saúde mental. Dessa forma, observou-se que parte dos usuários fica sem cuidado, pois não chega aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

“Em relação à saúde mental, existe uma resistência muito grande de se atender essa clientela e ela está aí, e ela não vai para os CAPS, e ela está no território, muitas vezes negligenciada, muitas vezes abandonada ou só com medicamento, e é muito complicado.” (TO 7)

Uma pesquisa sobre o apoio matricial em saúde mental⁽²²⁾ também encontrou um cenário semelhante, no qual os apoiadores referiram que as equipes de referência costumam evitar contato com o sofrimento psíquico. Eles justificam essa omissão pela insegurança gerada com a falta de formação em saúde mental e a dificuldade em intervir fora do campo objetivo dos procedimentos e da conduta medicamentosa.

As facilidades na intervenção conjunta só aparecem, segundo os profissionais do NASF, quando se propõe alguma ação com os grupos prioritários já definidos pelos

programas do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a adesão das equipes é mais fácil, como se observa nos relatos a seguir:

“Tem uma demanda que envolve o Bolsa Família. Então, o profissional responsável solicita ajuda para realizar aquele grupo porque é pra ele fazer. (...) Como é obrigação dele, (...) ele quer ajuda, porque é muita gente para ele dar conta.” (TO 4)

“(...) O legal é que a equipe do PSF nessa demanda [relacionada à hanseníase] acolheu a equipe do NASF de forma surpreendente. A solicitação vem direto do médico.” (TO 12)

“Quando a equipe já desenvolve o programa, a gente é muito bem aceito. Mas quando a gente vê outros tipos de demandas que existem e (...) não são atendidas, (...) não são acompanhadas, existe a rejeição.” (TO 7)

Em decorrência das dificuldades de instauração desse trabalho conjunto, as relações apoiador-apoiado são inviabilizadas pelos conflitos. Assim, diante dos obstáculos iniciais, as equipes do NASF tendem a definir suas prioridades de atuação de acordo com a resposta positiva de cada equipe, conforme evidencia o relato a seguir:

“A unidade que se tinha mais dificuldade de trabalhar era menos receptiva, então, as pessoas iam com menos frequência naquela unidade. (...) Recebia mais quem tinha melhor acolhimento, então, teria maior doação do profissional, da categoria.” (TO 4)

Esse cenário reflete uma interdependência entre o trabalho de ambas as equipes (ESF e NASF), de forma que o processo de trabalho do NASF pode ser paralisado nessa relação. Essas atitudes se contrapõem à lógica do trabalho em equipe, à corresponsabilização e à escuta qualificada – práticas essenciais para a execução da proposta do apoio matricial⁽²³⁾.

Demandas e população assistida

Segundo os terapeutas ocupacionais investigados na presente pesquisa, dentre os profissionais que mais solicitam apoio das equipes do NASF e mais se dispõem a trabalhar colaborativamente estão os ACS e os enfermeiros. Além deles, os profissionais da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família, os coordenadores dos CSF e os profissionais de equipamentos da comunidade também acionam o trabalho do NASF.

Nesse sentido, deve-se entender, *a priori*, que a demanda pelos terapeutas ocupacionais do NASF, de certa forma, já foi “eleita” pelo serviço, tendo em vista a sua condição de não se configurar como porta de entrada⁽²⁰⁾. Dessa forma, antes de se analisar as ações cotidianas dos profissionais

no NASF, é preciso compreender que a demanda também é socialmente construída e está, de uma maneira ou de outra, relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processam a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e usuários⁽²⁴⁾.

Segundo os profissionais questionados no presente estudo, as demandas se diferenciam de acordo com o turno de trabalho: pela manhã, há predomínio de assistência individual, e à tarde, de ações grupais e coletivas. Esse desenho é um reflexo da disponibilidade dos usuários em participar das ações e das diversidades dos territórios que influenciam as mudanças no perfil da comunidade.

As populações assistidas pelos terapeutas ocupacionais do NASF na investigação em tela são majoritariamente aquelas construídas historicamente pela ESF no seu campo de atenção. Ou seja, estão ligadas aos programas prioritários da atenção básica, como diabetes, hipertensão, hanseníase, saúde da criança (puericultura), e às novas propostas surgidas, como a Avaliação por Melhoria de Qualidade (AMQ) e o Programa Saúde na Escola (PSE), além de visitas domiciliares e ações fora do CSF, como as campanhas extramuros.

Na atuação, os profissionais analisados também relataram tensionamento entre as práticas centradas na ampliação da clínica e nas tecnologias leves, e as práticas reducionistas, centradas no modelo biomédico e nas tecnologias duras. Quando os profissionais do NASF começam a lidar com as demandas de uma forma diferenciada, alguns profissionais e a comunidade, que confiam e reproduzem o modelo biomédico e curativista, apresentam resistência.

“(...) Nosso país teve um modelo curativista a vida inteira. [...] Então, você chega com uma proposta diferenciada, as pessoas estranham... E também tem aquela cultura: é o remédio, é o remédio...” (TO 2)

“O profissional estava querendo dar um antidepressivo pra ela, porque realmente ela estava muito chorosa, não sabia o que fazer, e a gente convidando a senhora a participar do grupo Cuidando do Cuidador. Só que o profissional insistia em chamar para dar o antidepressivo.” (TO 4)

Os profissionais do presente estudo afirmaram que o trabalho tende a se centrar no médico e nas suas tecnologias. Isso significa que a assistência continua utilizando os recursos inscritos na maquinaria e nos medicamentos, ou seja, nas tecnologias duras⁽²⁴⁾.

Esse achado também esteve presente em outro estudo⁽²⁵⁾ sobre a prática no NASF, que evidenciou a necessidade de se problematizar com usuários e familiares os pedidos de medicalização e fortalecer a autonomia e a corresponsabilização do cuidado.

No que se refere às maiores demandas para os terapeutas ocupacionais, deve-se considerar a historicidade de construção da profissão; contudo, outras demandas passaram a emergir nesse cenário. Predominam ações nas seguintes áreas: atendimento de crianças (acompanhamento do desenvolvimento infantil, crianças ditas “hiperativas” – termo amplamente utilizado para caracterizar a criança agitada e com mau comportamento, na maioria das vezes sem diagnóstico – e crianças com deficiência); pessoas com problemas motores; com sequelas de acidente vascular encefálico; usuários com hanseníase, demência, depressão e outros sofrimentos psíquicos; idosos; ações relacionadas à saúde do trabalhador, às drogas e à violência.

“Em unidades, a gente é bem solicitado para acompanhar a puericultura [desenvolvimento psicomotor].” (TO 9)

“Grupos de idosos sempre pensam no NASF, principalmente no terapeuta ocupacional (...) bem capacitado, bem preparado no período da graduação” (TO 10)

“(...) A gente acompanha muito a puericultura e também pacientes com demência. (...) Dá apoio, suporte muito bom (...).” (TO 1)

“Crianças, muitas crianças com problemas motores, sequelas de AVC.” (TO 4)

Em linhas gerais, as respostas oferecidas aos usuários se centraram no apoio matricial (atendimentos e visitas domiciliares conjuntas), no planejamento de ações coletivas junto às equipes de Saúde da Família, na constituição de grupos terapêuticos (relacionados à saúde mental e do trabalhador), no programa Hiperdia (ações coletivas com diabéticos e hipertensos), no programa Cuidando do Cuidador (destinado para cuidadores da comunidade, idosos e tabagistas) e nas oficinas (produtivas, de memória e condicionamento funcional); além de ações realizadas na sala de espera, com enfoque na promoção da saúde, autonomia, integralidade e equidade.

Pode-se perceber a tendência em avançar nessa perspectiva comunitária. Os profissionais entrevistados caracterizaram suas relações com a comunidade a partir de uma visão de território vivo, com identidade, crenças, costumes, potencialidades e dinâmica própria. A prática do terapeuta ocupacional condiz com as necessidades da população e exige a compreensão de um fazer que desvele as determinações sociais vividas, busque descobrir formas revolucionárias e mostre a contradição e o conflito da saúde em uma sociedade de classes⁽⁹⁾.

Contradições e territórios de conflitos também fazem parte do cotidiano nos NASF. A questão da violência e o impacto negativo nos processos de trabalho foram abordados. Os profissionais da atual pesquisa relataram que a violência e o tráfico de drogas nas comunidades em

que atuam impedem atividades extramuros, como visitas domiciliares, e mesmo o acesso ao CSF. Além disso, em locais onde a situação é mais acentuada, a comunidade rejeita os profissionais e o cuidado oferecido pela equipe de Saúde da Família.

“[...] Lá tem comunidade que não pode ir ao posto de saúde porque não pode passar daquela zona.” (TO 5)

Apesar de a violência ser identificada como um elemento bloqueador do acesso ao território, esse tema pouco foi explorado como uma questão de saúde pública que envolve determinantes sociais nas comunidades.

Contribuições e desafios dos terapeutas ocupacionais no NASF

Os profissionais pesquisados acreditam que a maior contribuição dos terapeutas ocupacionais nos NASF é a visão ampliada sobre o conceito de saúde, ao correlacionarem elementos históricos, ocupacionais, sociais e culturais do cotidiano construído pelas famílias, inerentes aos contextos, mas preservando as singularidades dos sujeitos. Assim, são capazes de auxiliar a equipe mínima com aspectos técnicos e científicos da profissão nas práticas do cuidado e do apoio matricial, conservando os aspectos identitários da comunidade.

“A gente não olha só aquela pessoa com a doença. A gente olha o lazer, o que ela está fazendo. Quando a gente faz essas observações, os outros profissionais, naturalmente, nas outras visitas, nas reuniões de apoio matricial, eles vão percebendo essas coisas e a gente vai conseguindo descobrir o que é melhor para o paciente.” (TO 11)

Outro elemento importante são as aptidões requeridas no trabalho grupal, incluindo conhecimentos sobre planejamento, operacionalização e avaliação em grupos, assinalados como uma estratégia essencial na atenção básica. Além disso, os profissionais demonstraram empatia com a equipe multiprofissional, pois se percebem sujeitos de um mesmo processo, capazes de realizar ações intersetoriais na prática cotidiana.

E eu vejo (...) que a grande vantagem da terapia ocupacional na atenção básica é que a gente sabe trabalhar em grupo, [...] mas também (...) desenvolver grupos dentro do posto de saúde e na comunidade. (TO 7)

A atuação que compartilha saberes se torna uma ação fundamental da clínica ampliada, pois é um agenciamento de vetores sociopolíticos, culturais e econômicos em um mesmo plano de imanência⁽²⁵⁾.

Porém, o atendimento individual se configurou como um importante desafio, visto que a categoria recebe

clientelas complexas, para as quais as orientações não são suficientes e, portanto, carecem de acompanhamento terapêutico em longo prazo. Dessa forma, são exigidas dos profissionais habilidades e competências para encaminharem adequadamente o usuário a outros níveis de complexidade do SUS.

Tal questão tem se transformado em polêmica nos primeiros estudos publicados sobre o NASF, pois as diretrizes do programa preveem que o atendimento direto e individualizado ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias⁽²⁰⁾. Pesquisadores⁽¹²⁾ questionam e interrogam sobre a abertura da normativa de o profissional estabelecer um vínculo com o usuário e se tornar referência assistencial deste.

Tais apontamentos já começam a colocar divergências em relação à construção da política no país, pois as intervenções diretas realizadas pelo NASF se encontram em uma linha tênue, correndo o risco, por um lado, de se transformarem em ambulatório de especialidades e, por outro, de estarem distantes do usuário e descontextualizadas, abordando os problemas apenas coletivamente, sem reconhecer e responder as singularidades e necessidades de cada usuário. Esse último ponto pode ser um problema tão grave quanto o primeiro, já que a integralidade, colocada como principal diretriz a ser aplicada pelo NASF⁽²⁰⁾, pressupõe o vínculo entre profissionais, usuários e comunidades.

Na prática em Fortaleza, segundo os profissionais investigados no presente estudo, os atendimentos acontecem, mas de forma focal. Geralmente, são realizados atendimentos iniciais para avaliação e, posteriormente, encaminha-se o paciente para um serviço especializado, se necessário. Muitos elementos impossibilitam os atendimentos nessa perspectiva, como a ausência/falta/deficiência de materiais, de *setting* adequado para atendimentos específicos e de tempo, pois há demandas elevadas em todos os CSF.

É interessante notar que, além do reflexo da historicidade da categoria nas demandas e atividades recebidas, há também um direcionamento de ações e olhares a partir da experiência de cada profissional, que traz para a realidade da atenção básica experiências anteriores de suas práticas profissionais.

No entanto, é interessante pensar que toda atividade de trabalho é sempre um “encontro” que reúne a história dos dispositivos técnicos, a história de vida do sujeito que a realiza, dos protocolos, e de um modo particular de utilização, seja pessoal ou coletivo, remetendo à combinação de sujeitos singulares, com histórias singulares⁽²⁶⁾.

Essa multiplicidade de experiências pode influenciar positivamente o cenário de práticas de cuidado na atenção básica. Entretanto, somente se caracterizará como contribuição quando situada no contexto de necessidades

dos usuários e das equipes. Fica evidente o prejuízo no cotidiano da ESF a reprodução de práticas alienadas, engessadas e descontextualizadas da realidade local.

Ainda sobre a discussão da atuação do terapeuta ocupacional no NASF, chama atenção a forma de oferta sobre o fazer e a reprodução social do serviço – fator que talvez tenha impulsionado a criação do NASF –, que até então não havia sido explicitada e se refere a um possível caráter racionalizador da política.

“Desde o começo, quando teve aquele curso preparatório, (...) foi frisado que o NASF, a proposta, não é estar trabalhando individualmente, não é trazer demanda para o posto. Até porque a gente fica em quatro, cinco postos. Então, se você começar a fazer esses atendimentos individuais dentro do posto, a demanda vai aumentar e você não vai dar conta. O que é que vai acontecer? Vão dizer que o posto não está atendendo, que tem profissionais, mas não acontece. A proposta é justamente trabalhar em grupo, com a comunidade... para que essa demanda não precise vir até o posto.” (TO 6)

Acredita-se que as diretrizes são interpretadas de forma reducionista, implicando em questões que podem fragilizar as ações reais desenvolvidas pelas equipes de apoio. Assim, elementos precisam ser esclarecidos. Primeiramente, o indivíduo (usuário) deve ser objeto de cuidado do NASF em conjunto com as equipes de Saúde da Família; a condição de acompanhamento individual do caso está prevista nas diretrizes, desde que discutida a sua necessidade e pactuada a sua realização. Nos casos mais complexos, a orientação é que se estruture o projeto terapêutico singular, tanto para o sujeito individual quanto coletivo. Em segundo lugar, acredita-se que a necessidade de se trabalhar coletivamente as demandas encontradas na ESF advém do fato de compreendê-las como problema de saúde coletiva⁽⁹⁾. Logo, os grupos e a compreensão das demandas coletivas não podem ser vistas como “procedimentos racionalizadores de custo-efetividade” para uma população carente de acesso à saúde. Em terceiro lugar, as equipes do NASF possuem responsabilidades conjuntas sobre os usuários e os territórios, juntamente com as ESF. Essas equipes deverão, juntas, reconhecer a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilizar os recursos para abordá-las⁽²⁰⁾. Assim, as demandas não podem ser negligenciadas pelas equipes; ao contrário, devem ser respondidas a partir das necessidades de saúde da população do território adscrito.

É necessário compreender, ainda, que as necessidades são individualmente sentidas, mas são biológica e socialmente determinadas. Sua atenção é o sinal de seu reconhecimento⁽²⁷⁾. Portanto, é necessário ver no trabalho grupal a ação profissional do terapeuta ocupacional, sobretudo na ótica materialista da história, a qual compreende

que o trabalho grupal poderá nos fornecer o instrumento para que possamos, por meio da prática (práxis), sair do patamar da adaptação social – pelo desenvolvimento de habilidades possíveis – para o patamar das possibilidades da rede social, transgredindo o possível que é dado, no exercício possível do que é de direito⁽⁹⁾.

Diante dessa necessidade, se a equipe percebe que a quantidade de profissionais existentes no serviço é pequena para responder à enorme demanda existente, cabe tornar visível essa necessidade, para que possa ser respondida através de políticas públicas. A quantidade de equipes mínimas vinculadas a uma equipe de NASF foi questionada pelos profissionais, os quais alegaram a dificuldade de se estabelecer vínculo e dar respostas adequadas nos poucos momentos de construção conjunta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação possibilitou uma aproximação com as construções e os desafios dos terapeutas ocupacionais inseridos na APS, na cidade de Fortaleza-CE.

A partir dos relatos, pôde-se compreender que a construção do processo de trabalho dessa categoria profissional no âmbito do NASF foi complexa, especialmente por conta da necessidade de aproximação com as equipes de Saúde da Família. Nesse contexto, a tentativa de se realizar um trabalho conjunto enfrentou resistência, pois os espaços de práticas e poder já estavam constituídos. Estratégias adaptativas e diálogo foram utilizados como forma de suavizar as tensões estabelecidas e encontrar novas possibilidades para atuação.

A partir desse movimento, os terapeutas ocupacionais passaram a ser convocados para auxiliarem em determinadas demandas, que ora reproduziam o perfil de usuários atendidos nos programas da ESF, ora replicavam a demanda histórica de pacientes assistidos pela profissão. A ampliação dessa demanda tornou-se necessária, assim como a íntima relação entre os contextos sociais e a saúde.

Dentre as contribuições e os desafios, observou-se que a visão ampliada sobre o conceito de saúde, ao correlacionar elementos históricos, ocupacionais, sociais e culturais do cotidiano construído pelas famílias, inerentes aos contextos, mas preservando as singularidades dos sujeitos, institui aos terapeutas ocupacionais diferenciais para agirem no campo da atenção primária de forma interdisciplinar. Além das aptidões requeridas no trabalho grupal, planejamento, operacionalização e avaliação em grupo facilitam a comunicação entre as equipes e os usuários dos serviços de saúde.

Acredita-se que o grande desafio para o NASF e terapeutas ocupacionais seja a interpretação reducionista

das diretrizes, implicando em questões que podem fragilizar as ações reais desenvolvidas pelas equipes de apoio, como a estruturação do projeto terapêutico singular, tanto para o sujeito individual quanto coletivo. Outro ponto seria o trabalho com grupos e a compreensão das demandas coletivas, que não podem ser vistos como “procedimentos racionalizadores de custo-efetividade” para uma população carente de acesso à saúde. As equipes de saúde devem reconhecer as responsabilidades conjuntas sobre os usuários e os territórios, e a variedade de necessidades relacionadas à saúde, a fim de disponibilizar recursos para abordá-las.

Diante dessa realidade, a partir das solicitações de um campo complexo como o da saúde coletiva, fazem-se necessárias reflexões sobre as modificações impostas ao processo de formação dos terapeutas ocupacionais, apontando a importância de mudanças nos currículos para que promovam a prática do cuidado integral e da ação profissional no NASF. Nesse contexto, o papel da educação permanente em serviço se torna imprescindível para a construção de saberes com aqueles que já se encontram inseridos na proposta.

Por fim, destacam-se as limitações deste estudo, que, por se tratar de um estudo de caso, no qual se elegeu uma categoria profissional em um cenário municipal, impossibilita generalizações acerca do tema. Entretanto, afirma-se a importância de investigações que se destinem a abordar a temática do NASF sob a visão de equipe, incluindo percepções de outros cenários, com o objetivo de ampliar as compreensões acerca dessa recente proposta.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil: Arquivo com Profissionais em mais de uma equipe por UF/ na competência 08/2011. [acesso em 2012 Ago 08]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/area-de-downloads-de-sistemas-sus-do-cnes-processamentos-siasihd-e-tabela-unificada>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Área territorial oficial. 2011 [acesso em 2011 Jun 03]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm.
4. Arruda-Barbosa L, Dantas TM, Oliveira CC. Estratégia de Saúde da Família: Avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. Rev Bras Promoç Saúde. 2001;24(4):347-54.
5. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24 (supl 1):7-16.
6. Espindola PS, Lemos CLS, Reis LBM. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Promoç Saúde. 2011;24(4):367-75.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 154 de 01 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Beirão ROS, Alves CKA. Terapia Ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. Cad Ter Ocup UFSCar. 2010;18(3):231-146.
9. Francisco BR. Terapia Ocupacional. Campinas: Papirus; 2001.
10. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter Mov. 2010;23(2):323-30.
11. Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(3):465-74.
12. Martiniano CS, Sampaio J, Marcolino EC, Souza FF, Magalhães FC. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da organização dos serviços de saúde: elementos para o debate. 2010. [acesso em 2011 Fev 16]. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais>>.
13. Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e métodos. Porto Alegre: Artmed; 2010.
14. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(3):575-86.
15. Martins Junior J. Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. Petrópolis: Vozes; 2008.
16. Barbour R. Grupos Focais. Tradução Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed; 2009.
17. Gomes VLO, Telles KS, Roballo EC. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento

- em saúde de adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(4):856-62.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 2004
 19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de abril de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011.
 20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 21. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;23(2):399-407.
 22. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(1):29-38.
 23. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc.* 2009;18(1):63-74.
 24. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2010.
 25. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis.* 2010;20(4):1079-97.
 26. Gomes RS, Pinheiro R, Guizardi FL. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2010.
 27. Stotz EN. Os desafios do SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na Dialética da Satisfação das Necessidades de Saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: caderno de textos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Endereço para correspondência:

Fernanda dos Reis Souza
Diretoria de Gestão do Cuidado. Secretaria da Saúde.
Centro Administrativo da Bahia. Av. Luis Vianna Filho,
400, Salvador-BA
CEP: 41.745-900
E-mail: fernandareis_to@yahoo.com.br