

TERAPIA OCUPACIONAL NO APOIO À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: COMO SUPERAR OS DESAFIOS INICIAIS NA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES?

Fernanda Reis Terapeuta Ocupacional, especialista com caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e mestranda em Saúde Pública - Universidade Federal do Ceará.

Resumo

Este artigo discute alguns desafios vivenciados pela autora enquanto terapeuta ocupacional da primeira turma do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Prefeitura de Fortaleza, no período de maio de 2009 a junho de 2011. A RMSFC acontecia nas Unidades de Saúde da Família do município na perspectiva da educação em serviço e a atuação dos residentes baseava-se na estratégia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O fio condutor desta discussão são os três principais desafios encontrados na fase inicial de implantação da atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a saber: (1) lidar com demandas coletivas; (2) atuar como apoiador; (3) construir processos de trabalho. A experiência vivenciada contribuiu para uma reflexão maior sobre a necessidade de ampliação do olhar do terapeuta ocupacional diante das complexas demandas encontradas na Atenção Primária em Saúde (APS); quanto à importância de se aproximar e cuidar das equipes de saúde da família para a implantação efetiva do Apoio Matricial; e sobre as estratégias para a construção de processos de trabalho coerentes com a realidade local. Para além dos desafios, são também apresentadas possibilidades para as intervenções dos terapeutas ocupacionais na ESF com foco no território em que estão inseridos, nas unidades de saúde, nas equipes de saúde da família e no cuidado a indivíduos e coletivos.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família.

OCCUPATIONAL THERAPY SUPPORT IN FAMILY HEALTH TEAMS: HOW TO OVERCOME THE INITIAL CHALLENGES WHEN IMPLEMENTING ACTIONS?

Abstract

This paper presents reflections about some challenges experienced by the author while working as a resident occupational therapist in the first class of the Multi-Professional Residency in Family and Community Health (RMSFC) in Fortaleza, from May 2009 to June 2011. The residency occurred in Family Health Units of Fortaleza, through in-service education. The work was based in the Centers of Support for Family Health Care (NASF) model. This paper centers in three main challenges found on the initial period of implementing actions in the Family Health Strategy (FHS): (1) Dealing with collective demands; (2) Acting as a supporter; (3) Developing work processes. The experience fostered considerations about the necessity of a wider approach from occupational therapists facing the complex demands found in Primary Health Care; the importance of approaching and caring for the family health teams in order to effectively implement Matrix Support; and the strategies for the development of work processes coherent with local reality. In addition to those challenges, are also presented possibilities for occupational therapy interventions in FHS focusing the territory, the health centers, health teams and the direct care of individuals and collectivities.

Keywords: Occupational Therapy; Primary Health Care; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

Este artigo destina-se a apresentar reflexões acerca dos desafios encontrados na inserção da Terapia Ocupacional na Estratégia de Saúde da Família. Tais reflexões são fruto da vivência da autora na primeira turma do programa de Residência Multiprofissional em

Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Prefeitura de Fortaleza, realizado no período de junho de 2009 a maio de 2011.

A RMSFC foi desenvolvida na modalidade de educação em serviço com o objetivo de reorientar a formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS).⁽¹⁾ A atuação dos residentes baseou-se na estratégia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF, criado em 2008 pelo Ministério da Saúde, consiste em uma equipe multiprofissional cujo objetivo é ampliar a resolutividade e a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços.⁽²⁾ Essa equipe deve oferecer apoio técnico e pedagógico a um determinado número de Equipes de Saúde da Família (EqSF).

Torna-se importante demarcar algumas diferenças entre os processos de atuação dos NASF e os dos residentes da RMSFC de Fortaleza. No que se refere à RMSFC, as atividades práticas foram realizadas em duas USF com a finalidade de apoiar em média de seis a oito equipes. Já as equipes de NASF são vinculadas a, no mínimo, oito EqSF, podendo apoiar até quinze; não sendo a quantidade de unidades definida pela normatização,⁽³⁾ o trabalho dessas equipes é bastante dificultado pela constante necessidade de deslocamento.

Além disso, durante todo o processo, os residentes contaram com o suporte pedagógico de um preceptor de território que possuía carga horária de 40h nas USF e um preceptor de categoria (no caso, de Terapia Ocupacional) que possuía carga horária de 20h. Havia ainda aulas semanais e outros espaços pedagógicos como Rodas de Categoria (disciplinar da categoria) e Estudos em Grupo (interdisciplinar).

Assim, a vivência na RMSFC possuiu particularidades por tratar-se de um processo de formação, diferente em alguns aspectos do trabalho do NASF, especialmente no que se refere aos espaços pedagógicos. Entretanto, ressalta-se que mesmo tendo vivenciado um processo mais ‘protegido’, muitos desafios foram encontrados no decorrer da implantação dos processos de trabalho, tanto por ter ocorrido antes da implantação do NASF, quanto por ter sido a primeira turma de RMSFC a inserir-se no município.

Tais desafios foram comuns aos vivenciados pelos profissionais do NASF, pois a RMSFC também buscava atuar na lógica de apoio, por isso considera-se importante o compartilhamento de experiências reflexivas que transformaram cenários e transpuseram barreiras com vistas a auxiliar novos processos de construção da Terapia Ocupacional na ESF. O método de educação em serviço propiciou um constante diálogo entre a teoria e a prática, bem como intensas reflexões acerca das estratégias para a superação dos desafios encontrados

na implantação dos processos de trabalho. No decorrer da experiência foi possível construir questionamentos e reflexões sobre a prática realizada, além de experimentar alternativas que permitiram encontrar algumas respostas e também mais questionamentos.

Este artigo, portanto, tem o objetivo de socializar com o conjunto dos terapeutas ocupacionais inquietações, reflexões, estratégias e questionamentos produzidos ao longo da RMSFC a partir da discussão dos três principais desafios encontrados na fase inicial de implantação da atuação na ESF, a saber: 1 - Lidar com demandas coletivas; 2 - Atuar como apoiador; 3 - Construir processos de trabalho. Posteriormente, serão discutidas brevemente as possibilidades de intervenções a serem realizadas pelos profissionais nesse contexto.

Esta produção foi estruturada por meio do resgate de relatórios e diários de campo produzidos durante a experiência na construção dos processos de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da prefeitura de Fortaleza no período de junho/2009 a maio/2011. A análise foi realizada com base no diálogo com a literatura dos campos da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva.

Todavia, antes de iniciar a apresentação das reflexões que emergiram dos desafios enfrentados, iremos contextualizar o cenário de inserção da Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde com vistas a situar o leitor no panorama histórico em que esta experiência se insere.

PROBLEMATIZANDO INTERVENÇÕES...

Nas últimas décadas, o acesso à saúde no Brasil vem sendo repensado, assim como os modelos assistenciais que estruturam a maneira como os serviços e o Estado se organizaram para produzir e distribuir as ações de saúde.⁽⁴⁾ Tais reflexões, impulsionadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, culminaram na elaboração de propostas alternativas para a atenção à saúde e na implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, que definiu a saúde como direito de cada cidadão e dever do Estado.

Segundo Pimentel,⁽⁵⁾ as mudanças ocorridas no campo da saúde – transformações de valores e significados – também proporcionaram mudanças significativas para a Terapia Ocupacional. A autora aponta a importância das reflexões de terapeutas ocupacionais que, desde os anos 70, realizam uma crítica à fundamentação da profissão, ao campo de práticas e aos objetivos da Terapia Ocupacional, para além da sua condição de especialidade da área médica.

Historicamente, a profissão teve suas práticas centradas em instituições, sobretudo em duas áreas: a reabilitação física e a psiquiatria. Esse cenário passou a ser problematizado a partir da consideração de que, nesse contexto, o “paciente era transformado pela classificação e abordagem do profissional em partes estanques de um todo abstrato, ou ainda em aspectos físicos, aspectos mentais e aspectos sociais”.⁽⁶⁾ (p. 97)

As reflexões sobre a interface entre a Terapia Ocupacional e as necessidades reais da população atendida, bem como sobre o lugar de agente social desse profissional de saúde, proporcionaram a introdução da Terapia Ocupacional em novos campos de atuação, dentre os quais podemos destacar a criação do campo da Terapia Ocupacional Social⁽⁶⁾ e a inserção de terapeutas ocupacionais na Atenção Primária à Saúde, especialmente na cidade de São Paulo.⁽⁷⁾

A Terapia Ocupacional vivencia um momento de expansão de sua atuação a diversas áreas sociais; entretanto, Beirão e Alves⁽⁸⁾ apontam que “a atuação do terapeuta ocupacional no contexto das políticas públicas de saúde [...] se dá, na maioria dos casos, em nível de reabilitação (alta complexidade)”. (p. 244)

A atuação do terapeuta ocupacional na APS, sobretudo no que se refere ao contexto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ainda se desenvolve em um contexto recente em processo de construção. Nesse caso, não se trata apenas da inserção em um novo campo de atuação, mas sim da criação de novas formas de se produzir o cuidado terapêutico ocupacional.

A Atenção Primária em Saúde exige um enfoque ampliado no cuidado devido à complexidade das demandas atendidas. Dentro dessa nova ordem, o profissional precisa compreender que o “problema” não está situado no indivíduo, está relacionado aos fatores sociais determinantes das suas condições de existência.⁽⁵⁾

Apesar de a graduação em Terapia Ocupacional fornecer uma visão social e contextual do indivíduo, a formação ainda está distante de subsidiar os profissionais para a atuação na APS. Esse não é um ponto de fragilidade apenas na formação dos terapeutas ocupacionais, mas uma fragilidade do próprio SUS.

Ao refletir acerca da formação ainda hoje hegemônica no país – centrada na aprendizagem de habilidades para tratar problemas disfuncionais de pacientes – podemos perceber que o tão propagandeado sujeito-contexto ou indivíduo-ambiente consegue, no máximo, dar conta de uma relação de aproximação com familiares do indivíduo que adocece,

enquanto pouco se discute sobre propostas de cuidado para a família ou para a comunidade envolvida no processo de adoecimento.

Nesse sentido, a inserção em um novo campo de intervenção suscita a necessidade de produção de conhecimentos na área, que deve ser suprida ao longo do tempo por pesquisas, produções e relatos de experiência dos profissionais que hoje inauguram o campo de atuação da Terapia Ocupacional no NASF/ESF. À medida que novas práticas forem sendo realizadas e documentadas, a categoria ampliará o seu escopo de reflexões em direção ao amadurecimento sobre o papel dos terapeutas ocupacionais nesse contexto.

DESAFIO DE LIDAR COM DEMANDAS COLETIVAS

O primeiro desafio concerne a necessidade de o terapeuta ocupacional assumir que os problemas historicamente trabalhados pela categoria são problemas de saúde pública e estão inseridos em um contexto social.

Ao entrar em um serviço da APS, o terapeuta ocupacional pode ser direcionado a enxergar possibilidades de intervenção a partir das patologias com as quais já está acostumado a trabalhar: crianças com atraso no desenvolvimento, pessoas em sofrimento psíquico ou com deficiência, etc. Entretanto, além dessas demandas, que também fazem parte das possibilidades de contribuições da Terapia Ocupacional, existem muitas outras que necessitarão do olhar e da abordagem do profissional.

Ademais, com um olhar mais apurado, o profissional começa a perceber que essas demandas não envolvem apenas um indivíduo adoecido, mas também um conjunto de indivíduos que compartilham a mesma realidade. Ao identificar uma pessoa com deficiência, o profissional pode perceber que existem outras pessoas com a mesma condição na comunidade e que uma abordagem de Reabilitação Baseada na Comunidade poderia oferecer importantes possibilidades de inclusão comunitária naquele contexto.

Conseguir ampliar o espectro de intervenções é o primeiro e talvez o maior dos desafios. Isso porque a formação do profissional ainda hoje é essencialmente centrada no indivíduo. Ainda é difícil assumir que o problema de saúde não é de um sujeito, mas de uma coletividade, e entender por que as doenças, deficiências e patologias incidem mais em populações vulneráveis e de baixa renda.⁽⁹⁾ Na medida em que isso se torna claro, faz-se necessário encontrar também soluções coletivas (e criativas) para responder a tais questões.

Antes de pensar nas soluções coletivas, porém, é preciso pensar em como superar esse primeiro desafio. Ou seja, como fazer com que os profissionais que hoje estão inseridos na atenção básica e na saúde da família assumam os problemas de saúde dos indivíduos como problemas coletivos? Ou, ainda, como fazer para que o terapeuta ocupacional não veja apenas os problemas, mas também as possibilidades existentes em uma determinada comunidade? A saída para tal questão está na Territorialização.

Os processos de territorialização consistem nos movimentos que equipes de saúde fazem em direção ao conhecimento de um determinado território. Tais processos devem ser uma produção dinâmica, constantemente atualizada e norteadora das intervenções e da avaliação das ações programáticas de saúde.⁽¹⁰⁾

Antes de pensar no que o terapeuta ocupacional poderia fazer em determinado lugar é preciso saber que lugar é esse e que demanda ele traz para o terapeuta ocupacional. Assim, é preciso fazer uma ampla caracterização do território e da unidade de saúde em que se está inserido. Nesse sentido, é fundamental conhecer, entre outros: os aspectos geográficos, ambientais e epidemiológicos do território; os problemas do bairro e da unidade de saúde; o fluxo e as demandas da unidade de saúde; as potencialidades do local; os atores sociais; a rede assistencial e as redes informais de cuidado à saúde.

Comparado ao que aprendemos em nossa formação acadêmica tradicional, atuaremos de forma diferente, pois em vez de conhecer e avaliar o paciente, iremos conhecer, avaliar e, algumas vezes, quantificar as necessidades do território e da unidade em que estamos inseridos. Esse primeiro momento vai ser de fundamental importância para a compreensão ampliada das demandas coletivas do lugar e não apenas da demanda do profissional que vem de fora e já sabe em que intervir.

DESAFIO DE ATUAR COMO APOIADOR

O terapeuta ocupacional é um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do NASF. Esta, por sua vez, deve trabalhar em conjunto, na retaguarda, das EqSF.

Segundo diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde,⁽²⁾ os NASF não se constituem como porta de entrada do sistema, ou seja, não devem receber a demanda imediata que chega à ESF. Os profissionais do NASF devem atuar de forma conjunta com as EqSF, apoiando-as

por meio de espaços de discussão para gestão do cuidado e para definição de ações compartilhadas com o objetivo de construir um processo de aprendizado coletivo.

A perspectiva de atuação de equipes de apoio é nova. As primeiras experiências de que trata a literatura foram realizadas em Campinas com as chamadas “equipes de apoio especializado matricial”.⁽¹¹⁾ O Apoio Matricial, metodologia de trabalho decorrente desse processo e utilizada pelo NASF, objetiva assegurar retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde.⁽¹²⁾

Iniciar um processo de apoio às EqSF é um desafio, pois o cenário de implementação da Estratégia de Saúde da Família no país apresenta muitas debilidades e contradições. O modelo vem sendo “engolido pela feroz dinâmica do trabalho médico-centrado e acaba atuando principalmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura”.⁽¹¹⁾

Ao se aproximar das Unidades de Saúde da Família na cidade de Fortaleza é possível identificar muitas equipes “fragmentadas”, com condições de trabalho precárias e que sofrem pela ausência de profissionais e insumos. Equipes desmotivadas, com seus processos de trabalho centrados na lógica dos procedimentos e presas às ações programáticas da ESF,¹ o que as leva, muitas vezes, a atuar sobre os sintomas e a esquecer que os determinantes dos processos de adoecimento dos seus usuários não estão situados nas caixinhas ou nos muros da unidade, mas sim nos seus contextos de vida.

Frota,⁽¹⁵⁾ em um estudo sobre os processos de trabalho na ESF de Fortaleza, revelou dificuldades para a implementação da política no município, entre elas: a coexistência de diferentes modelos de Atenção Básica, em que se buscava construir a territorialização da atuação, ou em que se preconizava uma assistência clientelista e curativista nas Unidades de Saúde; um cenário urbano sobrecarregando sua implementação; a violência urbana; e a baixa integração entre os profissionais das EqSF e os profissionais veteranos da Atenção Básica.

A realidade citada também foi vivenciada na inserção da RMSFC, pois encontramos muitas equipes cujos profissionais reivindicavam a implantação da verdadeira Estratégia de Saúde da Família no território, de modo que pudessem trabalhar para o que realmente tinham

¹ Conjunto de ações estratégicas propostas pelo Ministério da Saúde por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002, tais como: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle do diabetes *mellitus*; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança; e ações de saúde da mulher.⁽¹⁴⁾

sido contratados e ver o impacto da sua dedicação na mudança do perfil de saúde daquela população.

A partir de um olhar apurado sobre as atividades dos profissionais das EqSF, pudemos identificar que esses trabalhadores não estavam tendo uma ocupação laboral significativa e que essa situação poderia levá-los, inclusive, a uma situação de adoecimento.

Nessa conjuntura, as EqSF mostram-se muitas vezes desinteressadas em receber o apoio de uma equipe multiprofissional, alegando ausência de tempo e indisponibilidade para inserir mais atividades em um cotidiano já sobrecarregado. Inicialmente, encaram o apoio oferecido como uma equipe para a qual se pode “encaminhar os pacientes”. Depois consideram que essa nova equipe irá proporcionar mais afazeres, visto que a proposta é trabalhar em conjunto e elas já se encontram abarrotadas de demandas, metas e limitações.

O primeiro passo para superar o desafio de atuar na lógica de apoio à Saúde da Família é apostar na escuta desses trabalhadores e, por meio disso, realizar uma análise situacional e uma avaliação do processo de trabalho, para então apostar em um Plano de Ação que será composto de estratégias criativas de aproximação dos profissionais e das equipes.

É preciso esclarecer, portanto, que as equipes de apoio não estão trazendo trabalho a mais, ao contrário. Os pacientes dos atendimentos conjuntos (nos encontros de “matriciamento”) são pacientes que as EqSF já recebem e aos quais atendem cotidianamente. Os grupos a serem criados em conjunto referem-se a demandas do território de responsabilidade sanitária da própria equipe e já estão previstos no próprio contexto da ESF.

A equipe de apoio poderá ser um elemento facilitador dos processos coletivos que são tão difíceis para as equipes mínimas. As atividades em salas de espera de consultas, as visitas domiciliares e as ações extramuros podem assumir conotações que aproximem mais da comunidade, pois passam a contar com novos olhares e saberes.

O segundo passo para enfrentar esse desafio é oferecer cuidado à saúde desses profissionais. É preciso criar espaços de apoio e suporte para os trabalhadores que lidam constantemente com as limitações e as barreiras já citadas. Esses espaços se potencializam com o tempo e deixam de ser um “muro de lamentações”, constituindo-se como potenciais para o encontro e produção de novos saberes e estratégias.

O Ministério da Saúde⁽²⁾ já propõe a criação desses espaços como estratégia de integração NASF-EqSF, como pode ser observado no trecho a seguir:

O intenso sofrimento dos usuários e das famílias assistidas pelas equipes de SF promove, em alguns contextos, o afastamento dos profissionais na tentativa de evitarem o contato com as dores e os sofrimentos ocasionados pela impotência perante as condições de vida (alta vulnerabilidade social, emocional, econômica). É fundamental a promoção de espaços de escuta das angústias e dificuldades dos profissionais em relação ao seu cotidiano de trabalho com essas famílias [...]. Ressalta-se que esses espaços não devem se configurar como psicoterapia para os profissionais/equipes, mas sim como momentos de trocas, construções mútuas que visam auxiliar na condução de casos e das situações complexas vividas no cotidiano do trabalho.(p. 40)

Através desse recurso, a aproximação com as EqSF a fim de estabelecer o vínculo necessário para a realização do trabalho em equipe ocorre de forma mais cuidadosa e com menos momentos de tensão. Apostar no estabelecimento dessa relação talvez seja um dos principais investimentos da equipe de NASF em direção à construção do trabalho conjunto enquanto apoiadores.

DESAFIOS DE CONSTRUIR PROCESSOS DE TRABALHO CONJUNTOS

Por fim, o terceiro desafio combina os dois aspectos anteriores: *construir os processos de trabalho da Terapia Ocupacional baseados no Território e no Apoio à Saúde da Família*.

A essa altura, o profissional que está inserindo-se na ESF já identificou os dois primeiros desafios e percebeu o quão complexo é lidar com os processos de Saúde da Família e Comunidade. A partir desse momento, deve-se pensar que as intervenções serão construídas com base nas informações e percepções adquiridas no território e no movimento de aproximação com as equipes, de acordo com a sua demanda.

Sem dúvida, o nível primário de atenção exige do profissional flexibilidade, disposição e criatividade na atuação adequada às necessidades da população. Para uma melhor compreensão desse processo, Lancetti propõe a ideia de complexidade invertida, pois considera que no nível terciário as respostas são padronizadas, massificadas, elementares. Em contrapartida, no nível primário da rede básica as ações são mais complexas: lidar com a família, com as pessoas, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem.⁽¹⁶⁾

Ao estar disponível para essa nova proposta, é preciso também tomar cuidado e atuar criticamente para não cair na sedução das práticas já consolidadas da Terapia Ocupacional, tanto no que se refere à assistência individual quanto à coletiva. Em vez de realizar ações para

as quais já possui mais habilidade ou experiência, o profissional precisa atuar de forma mais generalista, a partir da demanda surgida no processo.

A compreensão de que, no NASF, o profissional vai atuar tanto no campo da saúde coletiva quanto no núcleo específico da profissão é fundamental nesse processo. Aqui, entende-se como núcleo específico⁽¹⁷⁾ a demarcação da “identidade de uma área de saber e de prática profissional; e como campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”.(p. 220)

É um grave erro basear a atuação profissional na APS apenas nos aspectos do Campo da Saúde Coletiva. A terapia ocupacional tem muito a contribuir enquanto núcleo específico, principalmente no que concerne o apoio às equipes no cuidado a famílias de maior risco e vulnerabilidade. Na APS, a aproximação com o contexto dos usuários e o acionamento das redes de suporte social para o cuidado oferecem ao profissional a potencialização dos efeitos terapêuticos das suas ações e orientações.

A assistência a ser realizada pode ser chamada de “atenção terapêutica ocupacional básica”, que é específica, mas não especializada. Isso quer dizer que a especificidade da profissão não é perdida, ao contrário. O raciocínio terapêutico é mantido e constantemente potencializado. O profissional não pode “despir-se” desse raciocínio, pois este tem muito a contribuir para a equipe, para os usuários e para o território. O que não se pode confundir é a atenção específica com a especializada.⁽¹⁸⁾

A primeira, atenção específica,⁽¹⁹⁾ refere-se à utilização das tecnologias leves que se baseiam no caráter relacional; tais tecnologias são colocadas “como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado”. (p. 16) Nessa atuação, o terapeuta ocupacional lançará mão da escuta, do vínculo, do diálogo, do cuidado aproximado e da utilização do que se tem disponível para proporcionar o cuidado às famílias e à comunidade na ESF.

A segunda, atenção especializada, como o nome já diz, deve ser realizada em outros níveis de atenção. Nos níveis secundários e terciários, o terapeuta ocupacional terá disponíveis recursos tecnológicos (tecnologia leve-dura) para uma assistência especializada, que possibilite a realização de técnicas, procedimentos e intervenções em área especializada de formação do profissional. Centros e clínicas de reabilitação, bem como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais, etc. são exemplos de locais onde o terapeuta ocupacional oferece uma intervenção especializada.

Nesse sentido, é preciso que o profissional, que agora passa a compor a equipe de apoio, aprenda a encaminhar para os níveis secundários e terciários, com resolubilidade e longitudinalidade do cuidado. Ou seja, se a equipe identificar que o usuário necessita de uma assistência especializada, o cuidado será garantido mesmo que não se possa responder de imediato à demanda da pessoa, devendo-se direcionar o acesso do usuário a outro serviço e acompanhar periodicamente a resolutividade da intervenção.

É preciso compreender que não existe alta nos processos de cuidado da atenção básica, pois a vinculação do usuário com a equipe deverá ser fortalecida todo o tempo, já que ela é responsável pela saúde de uma família e pela longitudinalidade do cuidado. A esse respeito, Castro⁽²⁰⁾ esclarece:

Não há exatamente “alta” como é entendida nos moldes institucionais, pois o objetivo do acompanhamento não se centra na obtenção de um dado momento de máxima capacidade funcional e sim no equilíbrio das relações e na manutenção de uma qualidade de vida e esta, a vida, tem que ser entendida e respeitada como ela é: dinâmica e repleta de transformações. (p. 269)

Mesmo que necessite de um cuidado individualizado, o usuário continua inserido em uma lógica coletiva, por isso é necessário o acionamento de redes de suporte social disponíveis no território para a retaguarda ou para a “protagonização” dos cuidados. Dessa forma, haverá uma ampliação da responsabilização e do vínculo da equipe com os casos, que ampliará, por sua vez, a relação entre demanda e necessidade do usuário e a capacidade de resposta do serviço.⁽²⁾

Estratégias e possibilidades de intervenções

Os terapeutas ocupacionais poderão lançar mão de diferentes recursos e possibilidades em sua atuação. Para uma visualização didática das possíveis intervenções da categoria na perspectiva do NASF, optamos por discuti-las na seguinte perspectiva: Território → Unidade → Equipe → Sujeitos coletivos → Sujeitos individuais. Contudo, elas podem ser também compreendidas e planejadas com base nas áreas estratégicas propostas pelo Ministério da Saúde para o NASF, ou mesmo com base nos ciclos de vida: criança, adolescente/jovem, adulto, idoso, entre outros.

No que tange ao *Território*, é preciso inicialmente conhecer as demandas advindas da população a ser cuidada. Para isso devem-se proporcionar momentos de discussão e, em

articulação com outros parceiros, criar grupos de mobilização comunitária, buscando solucionar, de forma coletiva, os problemas do território. A articulação intersetorial é fundamental, principalmente no que se refere aos dispositivos de assistência social e educação, que também possuem apontamentos para ações territoriais e de articulação com as organizações comunitárias. Para a compreensão e a atuação nessa perspectiva, a fundamentação do campo teórico-prático da Terapia Ocupacional Social oferecerá o suporte necessário.

A *unidade de saúde* em que o profissional vai inserir-se também é um espaço potencial para a intervenção dos terapeutas ocupacionais e dos demais profissionais da equipe de apoio. Muitas vezes é preciso investir inicialmente na “arrumação da casa” a fim de que as futuras ações sejam garantidas. Para isso, o desafio já descrito de aproximação com as equipes precisa ter sido superado e o profissional deve possuir uma boa análise situacional da unidade e das equipes. Assim, é possível atuar no Apoio Institucional com o objetivo de contribuir para a reorganização do fluxo de atenção e consolidação da ESF na unidade, oferecer suporte para a potencialização das rodas de gestão² e, se necessário, criar outros espaços para a resolução de conflitos ou para a definição de novas estratégias de atuação.

Na experiência enquanto residente, por exemplo, realizamos uma assembleia de profissionais para a votação de propostas que objetivavam a reorganização e consolidação da ESF na unidade. Além disso, realizamos espaços periódicos de Educação Permanente voltados para todos os profissionais da unidade, incluindo os de nível médio. Também envolvemos os trabalhadores na identificação dos riscos à saúde do trabalhador existentes nos diferentes ambientes da unidade, buscando melhoria e conforto nas condições de trabalho. Em resumo, muitas são as possibilidades de cuidar dos espaços da unidade de saúde e envolver os trabalhadores com o intuito de potencializar a reflexão-ação em torno de determinados contextos

No trabalho com as *Equipes de Saúde da Família*, sem dúvida, a principal atuação baseia-se na lógica do Apoio Matricial. O terapeuta ocupacional deve, junto com a sua equipe de apoiadores, promover encontros regulares com as equipes mínimas de saúde da família para que possam, dessa forma, oferecer o apoio necessário às demandas das equipes.

Essas demandas podem referir-se a auxílio em casos complexos, quando o conjunto de saberes da equipe não foi suficiente para garantir o cuidado. Tal auxílio pode ser efetivado por

² Em Fortaleza, as Rodas de Gestão são espaços de encontros entre todos os trabalhadores de uma unidade de saúde, com periodicidade variável, inspirada no Método Paidéia de Cogestão.⁽²¹⁾

meio de discussão de caso, consulta, construção de projeto terapêutico singular (com pactuações de responsabilidades do caso), ou mesmo por meio de visita domiciliar, instrumentos realizados sempre de forma conjunta.

O apoio pode efetivar-se também no suporte à formulação e criação de grupos na unidade/comunidade. As contribuições podem referir-se tanto à construção do desenho e formato dos grupos quanto a sugestões de metodologias e possibilidades para a sua condução.

Além disso, o apoio na educação permanente é fundamental. Todos os processos citados acima já se constituem como espaços pedagógicos, pois há o compartilhamento de saberes e a criação de novas estratégias. Contudo, pode-se investir também na discussão de textos e em estudos sobre os temas mais recorrentes no matriciamento a fim de proporcionar mais instrumentalização para a equipe.

Na perspectiva dos *sujeitos coletivos*, a atuação do terapeuta ocupacional dar-se-á através de: criação de grupos (terapêuticos, de promoção e prevenção da saúde, de participação comunitária, de educação em saúde, etc.); salas de espera (com foco prioritário na educação em saúde e com a utilização de metodologias lúdicas e participativas); auxílio nas campanhas de saúde e na promoção de eventos temáticos com o objetivo de focar a intervenção em determinados grupos ou temas.

No que se refere aos *cuidados individuais*, ainda existe muita confusão quanto ao papel das equipes de apoio. Muito se fala sobre a não realização de atendimentos pelos profissionais do NASF. Todavia, torna-se importante esclarecer que tais atendimentos poderão ser realizados se forem encarados na lógica da “atenção terapêutica ocupacional básica” já discutida acima e pactuados com as EqSF nos espaços conjuntos.

É possível realizar visitas domiciliares regulares relacionadas aos casos discutidos no matriciamento para os quais a equipe considerou de forma compartilhada a necessidade desse cuidado, bem como realizar intervenções individualizadas breves com o foco na construção de projetos de vida ou de promoção de autonomia e independência dos indivíduos. O profissional poderá fornecer orientações de adaptação ambiental e tecnologia assistiva em visitas domiciliares, de preferência em conjunto com a equipe; poderá ainda realizar avaliações que facilitarão o cuidado da equipe e orientar o cuidador e/ou encaminhar, com relatório, o caso para outro nível de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões aqui produzidas objetivaram iniciar uma discussão sobre as possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional na Saúde da Família e Comunidade, abordando aspectos relativos à sua inserção nessa nova área de atuação e os desafios encontrados para a intervenção efetiva e coerente da categoria na Atenção Primária à Saúde.

É preciso que a atuação seja sempre reflexiva, para que não se reproduzam ações destinadas a “medicalizar” os problemas sociais por meio de ações pontuais e descontextualizadas das necessidades do lugar onde os problemas estão inseridos.

Apontamos ainda a necessidade de publicizar as experiências de terapeutas ocupacionais na ESF, especialmente na lógica do NASF, como forma de subsidiar a formação de profissionais que intervenham nesse contexto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27, série B. Textos Básicos de Saúde).
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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.
4. Campos GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: Campos GWS. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec; 1994.
5. Pimentel AM. Um campo de práticas para o terapeuta ocupacional: notas sobre o estágio em educação com adolescentes e jovens em Salvador. Rev Ter Ocup da Bahiana. 2005; 2:23-30.
6. Barros DD, Ghirardi MIG, Lopes RE. Terapia Ocupacional Social. Rev Ter Ocup Univ. São Paulo. 2002; 13(3): 95-103.
7. Ho DC, Oliver FC. Terapia Ocupacional e saúde da pessoa com deficiência na Secretaria Municipal de Saúde: uma discussão sobre dez anos de sua incorporação. Rev Ter Ocup Univ. São Paulo. 2005; 16(3): 114-123.

8. Beirão ROS, Alves CKA. Terapia Ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. *Cad Ter Ocup. UFSCar*. 2010; 18(3): 231-246.
9. Rocha EF. Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: ROCA; 2006.
10. Oliveira GN, Furlan PG. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica – Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 247-272.
11. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4:393-404.
12. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407.
13. Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Portaria nº MS/GM 373, de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002.
15. Frota AC. O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: o caso Fortaleza. [dissertação]. Fortaleza: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
16. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2009.
17. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc saúde coletiva* 2000a; 5(2):219-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_arttext>
18. Souza FR. A inserção dos terapeutas ocupacionais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará. Fortaleza. [Monografia]. Fortaleza: Sistema Municipal de Saúde Escola, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; 2011.
19. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde Debate*. 2003; 27(65).
20. Castro LH. Trabalhando com famílias: a história de um encontro. In: Rocha EF. Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: ROCA, 2006; p. 251-271.
21. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2000b.