



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
TERAPIA OCUPACIONAL

TAYANE MEDEIROS DE OLIVEIRA

O Sentido do Atendimento Domiciliar de Terapia Ocupacional na  
Atenção Primária

Brasília – DF  
2014

TAYANE MEDEIROS DE OLIVEIRA

O Sentido do Atendimento Domiciliar de Terapia Ocupacional na  
Atenção Primária

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional, sob orientação da Professora Doutora, Josenaide Engracia dos Santos e co-orientação da Terapeuta Ocupacional da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Nadja Waléria Vilela Camara.

Brasília – DF  
2014

OLIVEIRA, T. M.

O Sentido do Atendimento Domiciliar de Terapia Ocupacional na Atenção Primária / Tayane Medeiros de Oliveira. Brasília, 2014. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2014.

Orientadora: Profª Dra. Josenaide Engracia dos Santos

Co-orientadora: Nadja Waléria Vilela Camara

1. Atenção Primária à Saúde 2. Atendimento Domiciliar 3. Terapia Ocupacional.

TAYANE MEDEIROS DE OLIVEIRA

O Sentido do Atendimento Domiciliar de Terapia Ocupacional na Atenção Primária

Trabalho de Conclusão de Curso, na área da Atenção Primária à Saúde apresentado à Universidade de Brasília – UnB - Faculdade de Ceilândia – FCE, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Dra. Josenaide Engracia dos Santos  
Professora-orientadora  
Universidade de Brasília – UnB

---

Nadja Waléria Vilela Camara  
Co-orientadora  
Secretaria de Saúde – SES-DF

---

Daniela da Silva Rodrigues  
Professora-examinadora  
Universidade de Brasília - UnB

---

Edson Martins de Menezes  
Examinador da Banca  
Secretaria de Saúde – SES-DF

*“Por ter gerado a minha, com a Graça de Deus,  
por me ensinar a viver com disciplina para  
alcançar a liberdade, o valor das coisas, do  
sentir, do cair e levantar. Por ser minha mestre e  
por me amar. Mãe, essa caminhada sem você não  
poderia existir e nem teria sentido. Dedico esse  
trabalho a você com amor”.*

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus que me concede bênçãos e glórias diárias, oportunidades e experiências, lições e livramentos. Ele caminha comigo a todo instante e guia meus passos na direção correta. Sempre me faz crer que tudo posso Naquele que me fortalece. Deus está à frente dos meus atos e ao meu lado.

Sou grata a minha família, em especial, a minha mãe, Pierangele Silva Matos Medeiros, que por anos convive com meus defeitos e qualidades, mas nem por isso me deixou. Ela sempre foi e será companheira, amiga e professora. Incluo também, na lista de sinceros agradecimentos, Nissa Maiara Medeiros Furtado, prima, amiga, madrinha, comadre e responsável por eu descobrir a Terapia Ocupacional. Por intermédio dela conheci a minha vocação profissional. Agradeço, ainda, meu pai, Inácio Soares de Oliveira, que perto ou longe também caminha comigo. E a todos os amigos, colegas e parentes por depositarem confiança e credibilidade na minha formação acadêmica. Cada um do seu jeito ofereceu sua contribuição.

Não poderia deixar de citar, o Movimento Escoteiro, pelo auxílio dado no desenvolvimento dos meus valores e princípios. Além disso, contribuiu para o meu crescimento como ser humano.

Agradeço os professores, responsáveis pela minha formação acadêmica. Sempre se dispuseram a ensinar-me com boa vontade. Estiveram comigo nos momentos de vitórias e dificuldades. Sem o envolvimento e transferência dos conhecimentos deles, de fato, nada seria como foi e eu não seria a profissional que sou hoje.

Em especial, meu obrigada, à minha orientadora, doutora Josenaide Engracia dos Santos, por ter compartilhado conhecimento, paciência, atenção e tempo. A minha co-orientadora, Terapeuta Ocupacional da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Nadja Waléria Vilela Camara, pelas ideias, sugestões e por dividir seu tempo comigo.

Aos entrevistados que me concederam seu tempo para que este trabalho se realizasse. Muito Obrigada! Vocês proporcionaram uma das melhores experiências da minha vida. Hoje acredito que estou no lugar e momento certo para estudar e trabalhar na profissão. A todos deixo o meu profundo agradecimento!

*“Prometo pela minha honra fazer o melhor possível para:  
Cumprir meus deveres para com Deus e minha Pátria;  
Ajudar o próximo em toda e qualquer ocasião;  
Obedecer à Lei Escoteira”.*

*(Promessa Escoteira)*

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber, universalidade, descentralização, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, humanização e participação social. Desenvolve ações intersetoriais e atividades específicas com a comunidade, a exemplo do atendimento domiciliar. O atendimento domiciliar possibilita a co-responsabilização no cuidado em saúde do sujeito em relação a si e a família em relação ao sujeito. Facilita o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares e coletivos que respeitem a identidade de todos os envolvidos dentro de um serviço de saúde que funciona como uma estratégia de promoção. Este tipo de atendimento, quando desenvolvido pela Terapia Ocupacional (TO), consegue manter propostas que visem maior participação e envolvimento tanto do sujeito atendido, quanto de sua família para a construção de um cotidiano significativo de acordo com suas atuais condições de saúde. Tendo como objetivo compreender o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de TO na APS que se realizou esta pesquisa qualitativa, adotando como base teórica o construcionista social e a abordagem de produção de sentidos enquanto ferramentas metodológicas, além da entrevista semi-estruturada como instrumento de pesquisa. Para a análise de dados foi utilizado o Mapa de Associação de Ideias que viabiliza a identificação de pontos-chave do material de pesquisa. Verificou-se, que na medida em que os atendimentos da TO eram vivenciados poderiam ser nomeados, explicados e descritos de maneira adequada. Estas ações que possibilitaram a compreensão de uma Terapia Ocupacional reconhecida cientificamente através do discurso dos sujeitos entrevistados e que corrobora com a literatura contemporânea leva a pensar que é importante a necessidade do terapeuta ocupacional ser reconhecido pelo poder executivo de modo que concursos públicos, pesquisas científicas e melhores condições de trabalho sejam oportunizadas à categoria.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Atendimento Domiciliar; Terapia Ocupacional.



## ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) is characterized by the principles of the Unified Health System (SUS), namely, universality, decentralization, accessibility, link, continuity of care, humanization and social participation. Develops intersectoral actions and specific activities with the community, such as home care. Home care allows the co-responsibility in health care of the subject in relation to oneself and family in relation to the subject. Facilitates the development of individual and collective therapeutic projects respecting the identity of everyone involved within a health service that works as a promotion strategy. This type of care, when developed by Occupational therapy (OT), manages to keep proposals for greater participation and involvement of both the subject attended, as his family to build a significant everyday according to your current health conditions. Aiming to understand the meanings of home care in the TO APS was held this qualitative study had as its theoretical basis and the social constructionist meaning production approach as methodological tools, in addition to semi-structured interview as a research tool. For data analysis the Association of Ideas map that enables the identification of key points of the research material was used. It was found that the extent of the visits TO were experienced could be named, described and explained in an appropriate manner. These actions enabled the understanding of a scientifically recognized occupational therapy through the discourse of the subjects interviewed and which corroborates contemporary literature leads us to think that it is important the need for occupational therapists to be recognized by the executive branch so that public procurement, scientific research better working conditions are oportunizadas the category.

Keyword: Primary Health Care; Home Care; Occupational Therapy.

## LISTA DE ABREVIATURA

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional
APS	Atenção Primária à Saúde
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CLSC	Centres Locaut des Services Communautaires
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan – Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNB	Universidade de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Mapa de Associação de Ideias 01.....</b>	<b>35</b>
<b>Tabela 2 – Mapa de Associação de Ideias 02.....</b>	<b>36</b>
<b>Tabela 3 – Mapa de Associação de Ideias 03.....</b>	<b>37</b>
<b>Tabela 4 – Mapa de Associação de Ideias 04.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabela 5 – Mapa de Associação de Ideias 05.....</b>	<b>39</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>14</b>
2.1	Histórico e Conceitos de Atenção Primária.....	14
2.2	Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família....	19
2.3	Equipe da Estratégia de Saúde da Família.....	20
2.4	Atribuições das Equipes de Saúde da Família.....	21
2.5	Núcleo de Apoio à Saúde Da Família.....	22
2.6	Atenção Domiciliar à Saúde.....	24
2.7	Terapia Ocupacional Na Atenção Primária.....	27
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>31</b>
3.1	Objetivo geral.....	31
3.2	Objetivo específico.....	31
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
4.1	Cenário da pesquisa.....	32
4.2	Sujeito da pesquisa.....	33
4.3	Instrumento da pesquisa.....	34
4.4	Análise de dados.....	34
4.5	Aspectos éticos.....	40
<b>5</b>	<b>RESULTADO: Desvendando os Sentidos Da Terapia Ocupacional</b>	<b>41</b>
5.1	Nomear o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional realizado na Atenção Primária.....	41
5.2	Concepção do sentido da Terapia Ocupacional na Atenção Primária.....	45
5.3	Descrever o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional realizado na Atenção Primária.....	47
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
	<b>APÊNDICE 1.....</b>	<b>60</b>
	<b>APÊNDICE 2.....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO 1.....</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXO 2.....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ciclo vigente da Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pela emergência e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo Mendes (2012), atualmente são mais de trinta mil Equipes de Saúde da Família (EqSF) espalhadas por todo o território nacional brasileiro que prestam assistência à metade da população, e estas avançaram no atendimento das necessidades e demandas da comunidade, mesmo enfrentando desafios para serem reordenadoras das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A consolidação da ESF tem como objetivo atender as demandas da condição de saúde dos usuários. O enfrentamento dessas condições exige a intensificação do cuidado, a ampliação do quadro de profissionais e o aumento de ações na família. Não se pode perder de vista que a prática da ESF possui uma visão ampliada de saúde (BRASIL, 2003) caminha para além da simples intervenção médica e busca a integração com a comunidade. Essa intervenção deve ser inclusive no atendimento domiciliar.

O atendimento domiciliar é uma forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e conhecimento da realidade de vida da população e estabelecimento de vínculo, visando atender as diferentes demandas e necessidades de saúde das pessoas. Segundo Mendes (2012) o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, aplicados na prática social, possibilitam qualidade de vida e reduzem a menores índices as internações hospitalares e permanência em hospitais, podendo assim efetivar a promoção da saúde e a prevenção das doenças crônicas (entre outras), tendo como ferramenta a equipe multidisciplinar, na qual encontramos a Terapia Ocupacional.

Com a Equipe de Saúde da Família (EqSF) o atendimento domiciliar junto aos usuários expostos a vulnerabilidades sociais que impactam suas condições de saúde, tem sido, há mais de dois anos, campo de prática na Atenção Primária do curso de Terapia Ocupacional (TO) da Universidade de Brasília (UnB). A partir desta vivência, aliando a vontade de conhecer a relação TO/usuário com a busca pelo saber relacionado ao cuidado prestado é que se construiu o eixo dessa pesquisa. O questionamento norteador é o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional segundo a compreensão dos entrevistados da Atenção Primária à Saúde (APS).

## 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 2.1 Histórico e conceitos de atenção primária

Um antecedente importante da Atenção Primária à Saúde decorrido em 1920, diz respeito ao ministro da saúde da Inglaterra, Dawson, que conceituou o centro de saúde como instituição encarregada de ofertar cuidados médicos no nível primário. Uma referência para a organização do modelo inglês de atenção à saúde, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao alto custo, à crescente complexidade da assistência médica e à baixa resolutividade.

O centro de saúde primário é a instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O centro de saúde primário deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes se atenderão majoritariamente com médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios médicos. (LAGO E CRUZ, 2001, p. 7).

Na Inglaterra, o relatório Dawson preconizou a organização dos serviços em centros de saúde e hospitais, serviços domiciliares e hospitais universitários. Os centros de saúde e os serviços domiciliares deveriam organizar-se de acordo com um modelo regional em que a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser cuidados por médicos com formação em Medicina Familiar (LAGO E CRUZ, 2001).

Para Starfeld (1998), só os casos que o médico de família não tivesse condições de solucionar deveriam ser encaminhados para os hospitais. O relatório Dawson, caracterizou o fortalecimento da relação entre ações curativas e preventivas e esta concepção, elaborada pelo governo inglês, influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS, a regionalização e a integralidade, fortalecendo a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (DAWSON, 1994).

Além da influência do relatório Dawson, Lakhani, Bauer e Field sinalizaram que a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, fortaleceu a APS com a adoção de médico generalista. Na década de 70, pesquisas sobre a saúde materno-infantil, estudos de Framingham realizados na Inglaterra sobre os fatores de risco nas doenças cardiovasculares de certa forma influenciaram também na aparição das organizações de manutenção da saúde. Outro aspecto de relevância foi o surgimento da medicina preventiva e

comunitária que, para Donnangelo orientou o estabelecimento de níveis de atenção no sistema e serviços de saúde que vigoram até hoje (MENDES, 2012).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) favoreceu a institucionalização da APS no mundo inteiro. Desde então, a APS definiu-se como:

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente presumíveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação. (OMS, 1979, P. 48).

Starfeld (2002) ressalta a APS como um nível do sistema de saúde que oferece a entrada para todas as necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa no decorrer do tempo, a todas as situações de saúde e coordena a atenção fornecida. É desta forma que a atenção primária ganha destaque na agenda das políticas de saúde, tendo a OMS como uma agência difusora desta proposta.

Na década de 70, o Governo de Québec realizou uma reforma de caráter muito inovador aos princípios de cobertura universal. Foram criados, segundo Conill (2008), os Centres Locaux des Services Communautaires (CLSC), cujo Conselho de Administração era majoritariamente constituído por usuários e o atendimento privilegiava a integralidade da atenção (“la globalité des soins”), a dimensão familiar e comunitária dos cuidados.

Nos Estados Unidos, a Academia Americana de Médicos da Família definiu APS como:

Forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento das doenças do paciente. Estes cuidados personalizados implicam uma interação única da comunicação entre os pacientes e o médico, que inclui a coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos quanto psicológicos e sociais. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p.784)

Na Espanha, a Reforma Sanitária iniciou-se institucionalmente, com a publicação do Decreto N° 137 de 1984. Dispõe sobre Estruturas Básicas de Saúde. Essa legislação para Bulgarelli (1995) colocou em andamento a reforma da APS, mediante a criação das Equipes de Atenção Primária e a construção dos Centros de Saúde.

Em Cuba, no ano de 1984, o Sistema Nacional de Saúde se estruturou não apenas como um nível de atenção, mas tendo o Programa de Atenção Integral à Família como

estratégia sanitária. Conforme Lago e Cruz (2001), APS é definida pelo professor cubano Ordoñez como atividades planejadas na atenção integral para alcançar o nível de saúde da família e comunidade como metodologias científicas.

Para Van Der Zee apud Mendes (2012), a atenção primária é um tipo de cuidado ambulatorial e diretamente acessível aos pacientes, com um caráter generalista, situado na comunidade a que serve e com um foco sobre o indivíduo em sua situação domiciliar e contexto social.

Para Donaldson et al. (1996), a atenção primária é a provisão de serviços de atenção em saúde, integrados e acessíveis, por clínicos que são responsáveis por resolver a grande maioria das necessidades da atenção pessoal em saúde, desenvolvendo uma parceria com pacientes e colocando-os em prática no contexto da família e da comunidade.

O Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde analisou reformas orientadas pela APS em países da União Européia a partir de 1990. Para Saltman, Rico e Boerma (2006), o papel crescente da atenção primária se deve, em parte, à transferência de cuidados hospitalares para o nível ambulatorial havendo grande diversidade nas formas de organizar e de prestar estes serviços.

A evidência científica a nível internacional, segundo Starfield (1998), indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados de saúde primários são eficazes, pois prestam cuidados com maiores resultados, tanto em termos de custo nas questões da família e da comunidade.

Pangu (2000) afirma que pessoas que dispõem de uma fonte regular de atenção primária longitudinal para a maior parte de suas necessidades de cuidados em saúde ficam mais satisfeitas, seguem melhor as prescrições, são menos hospitalizadas e utilizam menos os serviços de urgência do que aquelas que não têm essa assistência.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) afirma que os países que possuem um forte sistema de APS, maximizam a equidade e a universalidade. Logo, cabe a cada país desenvolver sua própria estratégia de APS de acordo com a sua realidade econômica, social, histórica (MENDES, 2012).

No Brasil, a atenção primária é reflexo de uma nova concepção de saúde estabelecida pela Constituição Federal (CF) de 1988 e define em seu Art.198 que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. A partir de então, uma nova perspectiva de saúde é estabelecida.



A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A CF/88 define que este Sistema Único constituído deve abordar as seguintes diretrizes: “descentralização, atendimento integral e participação da comunidade” (BRASIL, 1988). Estabelece que, são atribuições desse sistema único

Controlar e fiscalizar procedimentos e produtos, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, formação de recursos humanos, formulação de políticas e execução de ações de saneamento básico, desenvolvimento científico e tecnológico e proteção do meio ambiente. (BRASIL, 1988).

Posteriormente, com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, este sistema único é regulamentado e passa a ser conhecido como Sistema Único de Saúde.

Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. (SÃO PAULO, 2010).

Assim, pela lei nº 8.080 a saúde é reconhecida como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (SÃO PAULO, 2010). Passam a serem fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros

A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (SÃO PAULO, 2010).

De acordo com o art. 7º da lei 8.080, são princípios do Sistema Único de Saúde

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. II – integralidade de assistência. III – preservação da autonomia das pessoas. IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. V – direito à informação. VIII – participação da comunidade. E, IX – descentralização político-administrativa. (SÃO PAULO, 2010)

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, em seu Art. 2º, III regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Neste decreto considera-se como portas de entrada “serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS” (SÃO PAULO, 2010).

Com isso, fica claro em seu Art. 9º que “O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (SÃO PAULO, 2010). Assim:

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto. (SÃO PAULO, 2010).

Deste modo, a atenção primária proposta pelo SUS, deve ser o primeiro nível assistencial a ser prestado para a população, não sendo apenas assistencial, mas também de vigilância epidemiológica e sanitária (ações de detecção ou prevenção de mudanças nos fatores condicionantes e determinantes da saúde e ações que diminuem, eliminam ou previnem riscos à saúde, respectivamente) abordando o sujeito, a família e o contexto com equidade, universalidade, empoderamento das comunidades e justiça social.

Referindo-se à provisão de serviços de atenção primária em saúde, (Donaldson et al., 1996), afirmam que:

São integrados e acessíveis, por clínicos que são responsáveis por resolver a grande maioria das necessidades da atenção pessoal em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentável com pacientes e colocando-os em prática no contexto da família e da comunidade. (DONALDSON et al., 1996, P. 33)

A atenção primária prioriza a possibilidade da participação social e deve utilizar métodos que são aceitos social e culturalmente de modo a promover o acesso, a resolutividade da maioria dos problemas em tempo hábil e garantir a continuidade do cuidado.

As definições de atenção primária (terminologia internacional utilizada desde a Declaração de Alma-Ata em 1978) são numerosas, mais descritivas ou mais normativas, dependendo do propósito a que servem. A abordagem normativa tem sido estreitamente relacionada à essa declaração cujo foco estava no e acesso equitativo ao cuidado em saúde; na proteção e promoção de saúde em vez da cura das doenças; na maior influência da população na atenção à saúde em vez do exclusivo domínio profissional e, na ampla colaboração intersetorial ao se lidar com os problemas da comunidade (OMS, 2008).

A APS é um modelo de atenção focado na unidade familiar e pode ser entendida das seguintes formas: referindo-se a um nível de atenção, conjunto de funções e atividades, meio

de executar essas funções e atividades, ou um conjunto de características para a organização dos serviços de saúde (STARFIELD, 1998).

Uma discussão consistente dentro dessas variações é que a atenção primária consiste na resposta profissional, quando os pacientes fazem o primeiro contato com o sistema de saúde. E, esse primeiro contato, deve oferecer grande oferta de ações e vínculo longitudinal para que se obtenham impactos positivos.

A função mais evidente da atenção primária é ser o ponto em que ocorre o primeiro contato dos pacientes com o profissional de saúde. Nesse sentido, a atenção primária encontra-se na transição do cuidado leigo para o cuidado profissional, ponto em que acontece a identificação geral do problema e onde as informações sobre as visitas anteriores do paciente e seu histórico médico são considerados.

Logo, é levando em conta o sujeito dentro de seus ambientes, pois é na família que ocorre a maioria das interações pessoais e também os conflitos que influenciam diretamente na saúde do paciente. A partir dessa ideia, tem-se como foco a construção de ambientes mais saudáveis, principalmente, nos espaços familiares e, para tanto, no Brasil, temos a estratégia de saúde da família e núcleo de apoio a saúde da família.

## **2.2 Estratégia de saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família**

No Brasil, atenção primária é denominada de atenção básica à saúde, mas a atenção primária à saúde vai além de uma opção semântica porque a diferença entre o uso dos termos propõe uma nova forma de organização estratégica do SUS. Não obstante, a expressão atenção primária à saúde refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde. Para Mendes (2012), a palavra básica não significa esse atributo essencial da APS. Além disso, o uso da palavra primária aproximaria a denominação brasileira do que é regra em todo o mundo.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS e faz uma clara opção por uma APS enquanto estratégia de reorganização do SUS (SÃO PAULO, 2010). Esse Decreto coloca a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde, estabelece que a APS é uma porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas devem ser referenciados pela APS e é ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

Em 21 de outubro de 2011, a Portaria GM/MS nº 2.488 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O novo ciclo se caracterizará, além da significação semântica, pela consolidação definitiva no plano paradigmático da ESF (BRASÍLIA, 2011).

A ESF sinaliza a ruptura com os modelos de atenção à saúde fragmentados, fortemente centrados nos procedimentos de maior densidade tecnológica que são ofertados em função da ausência de uma APS de qualidade que coordene toda as RAS. A APS e a ESF, possuem diretrizes para sua consecução, tais como a definição de território adstrito e a estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (GONDIM, 2012).

O território possibilita a proximidade com os usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos de profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASÍLIA, 2011).

É importante salientar que os cuidados dispensados na APS, são complexos e precisam atender as necessidades de saúde da população, de forma que as ações influenciem na saúde e na autonomia das pessoas e da comunidade. A APS sendo a principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASÍLIA, 2011). Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos.

### **2.3 Equipe da estratégia de saúde da família**

Às unidades de saúde que possuem Equipe de Saúde da Família (EqSF) recomenda-se, no máximo, 12 mil habitantes, onde cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos, quanto maior o grau de vulnerabilidade (BRASÍLIA, 2011).

Nas Equipes de Saúde da Família, um dos procedimentos importantes é o acolhimento que funciona como uma ferramenta de organização desta porta de entrada, contando com uma rede integrada de instituições, profissionais e trabalhadores para que seja, assim, prestada uma atenção integral e se construa uma APS coordenadora dos cuidados, à qual se obtenha um serviço centrado na pessoa e que se minimize a exclusão social.

A EqSF é composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar os profissionais de saúde bucal (BRASÍLIA, 2011). Transforma-se na entidade de mediação entre a comunidade e os outros elementos do sistema da saúde, ajudando as pessoas a navegar nos serviços, referenciando pessoas necessitadas ou mobilizando o apoio de serviços especializados.

Os profissionais devem responsabilizar-se, atuar com ética e compromisso para com a saúde da população por meio da empatia, escuta atenta e qualificada e identificação das necessidades de saúde; manter-se em formação continuada aliando ensino, serviço e comunidade; buscar a quebra de barreiras e promover o acesso e o vínculo com o território a ser trabalhado; desenvolver a capacidade de responder à realidade de saúde da população e incentivar a participação social onde a pessoa e comunidade são estimuladas a serem agentes da sua própria saúde e da comunidade.

#### **2.4 Atribuições das equipes de saúde da família**

As atividades dos profissionais da EqSF deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica e com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Assim, as EqSF devem estar preparadas para: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos

indivíduos; e, promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASÍLIA, 2011).

## **2.5 Núcleo de apoio à saúde da família**

Para ampliar as ações da APS e contribuir para a efetividade das intervenções das EqSF foi criado o Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM/MS nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que define NASF 1 e NASF 2. O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASÍLIA, 2008).

Em 2012, a Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 redefine os parâmetros de vinculação dos NASF modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e cria a modalidade NASF 3 para Equipes de Atenção Primária de populações específicas (consultório de rua, equipes ribeirinhas e/ou fluviais) (BRASÍLIA, 2012).

O NASF 1 deve possuir no mínimo 5 profissionais, atender no mínimo 9 e no máximo 15 equipes de SF e cada equipe deve ter no mínimo 200 (duzentas) horas semanais por equipe, sendo 20 (vinte) horas semanais por profissional. O NASF 2 deve possuir no mínimo 3 profissionais, atender no mínimo 3 e no máximo 4 equipes de SF e deve ter no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais por equipe, sendo 20 (vinte) horas semanais por profissional. É importante ressaltar que o terapeuta ocupacional pode estar inserido nas equipes das duas modalidades. O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os municípios do Brasil que possuem EqSF e/ou equipes de atenção primária para populações específicas. O NASF 3 deverá atender 1 ou 2 EqSF, sendo 80 horas semanais por equipe, no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas semanais por profissional (BRASÍLIA, 2012).

Essa atuação integrada entre EqSF e NASF permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde quanto nas visitas domiciliares e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde que se caracterizam pelo matriciamento (BRASÍLIA, 2011).

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica realizada por diversos profissionais como nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, e terapeuta ocupacional, tendo o atendimento domiciliar como aspecto importante para atenção primária. (BRASÍLIA, 2011).

A equipe do NASF pode ser composta por: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional da saúde sanitaria. Como um dos objetivos é instituir a integralidade do cuidado físico e mental, é interessante que cada NASF tenha pelo menos um profissional da saúde mental, pois a abordagem biopsicossociocultural deve ser aplicada, principalmente pela Terapia Ocupacional, considerando suas características profissionais.

O profissional da APS deve estar preparado para atuar na inclusão de pessoas em sofrimento mental, promover sua reabilitação psicossocial, inclusão social e aplicar a integração que preconiza a reforma psiquiátrica. Considerar a ampliação da capacidade de escuta, aplicação de estratégias em conjunto, preparação da família quanto à superação de dificuldades e o fortalecimento da atuação profissional em relação ao usuário com sofrimento psíquico são fatores que desenvolvem a compreensão do contexto, fortalece e potencializa os serviços do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), movimentando, assim, a RAS que promove a saúde (no caso, mental) e previne agravos. Destacando que este cuidado é promovido em todos os níveis de atenção é importante a identificação das situações de risco para o adoecimento mental do território.

Tomasi e Rizzott (2013) defendem a ideia de que:

É certo que apenas a implantação de NASF, não é garantia de melhoria nos níveis de atenção de saúde da população, uma vez que se sabe que os fatores determinantes da saúde passam por questões de acesso aos bens e serviços, trabalho, renda, educação e segurança, além de outros. Da mesma forma, observa-se que a questão da composição profissional dos núcleos segue, aparentemente, a oferta dos profissionais nos municípios, sem necessariamente a observância das necessidades de saúde das regiões nas quais os NASF foram implantados. Este ponto é importante, pois apenas a realocação ou a contratação de profissionais disponíveis no mercado não garante, necessariamente, o atendimento das necessidades de saúde da população. (TOMASI e RIZZOTT, 2013 , P 427 ).

Mas, por outro lado, de acordo com o PNAB, e as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, são atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de atenção primária “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades” (BRASIL, 2012a). E o mapeamento da área de atuação da equipe dá a qualquer profissional a possibilidade de conhecer além das questões de saúde, as questões de acesso aos bens e serviços, trabalho, renda, educação e segurança.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASÍLIA, 2011):

A territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população adstrita. Para tal, as equipes de saúde devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares (BRASÍLIA, 2011).

A partir deste levantamento demográfico e populacional, é possível iniciar a atuação de busca ativa tanto para prevenção quanto para tratamento e reabilitação. Para tanto, pode-se destacar a atenção domiciliar (AD) como uma ferramenta que garante o contato com a comunidade, o conhecimento de seus problemas e a participação social. Pois, não há territorialização sem (re) conhecimento do território. E, não há como fazer isso sem ter o contato com as famílias em seus domicílios.

## **2.6 Atenção domiciliar à saúde**

A Atenção Domiciliar (AD) foi instituída no Brasil pela Portaria GM/MS nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, e substituída pela Portaria GM/MS nº 2.527, de outubro de 2011. Esta considera a AD como uma:

“nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASÍLIA, 2011).

De acordo com esta portaria, um dos objetivos da AD é a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado no domicílio e uma das diretrizes é ser estruturada na perspectiva das RAS, tendo a APS como ordenadora do cuidado e da ação territorial (BRASÍLIA, 2011).



A AD na APS tem como premissa o princípio da territorialização enquanto um espaço de produção de subjetividade que está permanentemente em mutação e tem relações sociais, de poder e de interação e são locais onde as pessoas moram, trabalham e constroem vidas.

Historicamente, os cuidados em saúde no domicílio são relatados desde o Egito antigo. Na Europa essa assistência surge antes dos hospitais e ambulatórios, no século XVIII. Sendo que no século XIX aparece o hospital enquanto espaço que segrega e exclui os doentes, reafirmando o estigma do sujeito adoecido tanto para a família, como para o trabalho e para a sociedade. Em 1947, para esvaziar os hospitais, a AD se torna uma alternativa para o cuidado com um potencial de inovação (BRASIL, 2012b).

Nos Estados Unidos, a importância da assistência domiciliar cresceu a partir da década de 1980 com o surgimento da AIDS. A mudança do perfil epidemiológico e a necessidade de encontrar maneiras mais efetivas em termos de custo levaram à exploração da atenção domiciliar também em outros países ocidentais (BRASIL, 2012b).

No Brasil, os médicos de família atendiam seus parentes e pessoas de poder aquisitivo médio-alto, enquanto as pessoas de poder aquisitivo baixo (denominados pobres) contavam com a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira. Em 1949, a primeira experiência brasileira surge com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) e em 1963 começa a funcionar a AD do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (BRASIL, 2012b).

A criação do SUS amplia e expande a atenção em domicílio, por meio da Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 institui a equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (EMAD) e equipe multidisciplinar de apoio (EMAP) favorecendo o processo de desospitalização, diminuindo os riscos de infecções, para que possibilite suporte emocional, institua o papel do cuidador e proponha a autonomia do sujeito. Um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) potencializa a transversalidade da atenção colocando o usuário e suas necessidades no centro do processo saúde-doença (BRASÍLIA, 2011).

O principal fator para o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde é o envelhecimento da população, seguido pelas doenças crônico-degenerativas, acidentes automobilísticos e violência (causas externas) (MENDES, 2012). Panorama que requer ações sistematizadas e articuladas para responder às necessidades de saúde de quem se encontra na sua maioria com perda funcional e dependência na realização de atividades de vida diária (AVD). Pelo trabalho em equipe e pelo uso de tecnologia de alta complexidade (conhecimento) e de baixa densidade (equipamento), para partilhar saberes e articular redes, expor à realidade social, fortalecer a autoestima, construir ambientes mais favoráveis à

recuperação da saúde e identificar as potencialidades terapêuticas que possuem as relações familiares.

“É importante ressaltar que, para o sucesso da AD é fundamental que o profissional da saúde compreenda a família que está recebendo este cuidado, sua estrutura e funcionalidade” (BRASIL, 2013). A AD é um elemento de gestão do cuidado com práticas diagnóstica e terapêutica, que permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem estar biopsicossocial de seus membros.

Dessa forma torna-se necessário a apropriação pelos profissionais de saúde de algumas ferramentas específicas para abordar familiares tais como “o olhar sistêmico, os tipos de famílias, a estrutura familiar, a dinâmica familiar” (BRASIL, 2013). Assim, a equipe multidisciplinar, com prática interdisciplinar, deve permitir a reconstrução de um profissional sob outro, valorizando o saber e construindo a abordagem integral e resolutiva, que este tipo de abordagem necessita.

Para identificação das abordagens necessárias para o desenvolvimento da AD é necessário saber que abrange quatro diferentes modalidades: atenção domiciliar, visita domiciliar, internação domiciliar e atendimento domiciliar. A atenção domiciliar é a modalidade mais ampla. “Ela é definida como um termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio” (LACERDA ET AL., 2006).

Loretta (2009) diz que a visita domiciliar é um contato pontual de profissionais da saúde junto às famílias onde eles “coletam informações, orientações, mantendo assim um controle, evitando o agravamento do estado de saúde do paciente, além de proporcionar uma segurança e conforto aos familiares”.

A internação domiciliar tem como característica a continuação das atividades hospitalares no domicílio, “com tecnologia e recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para portadores de quadros clínicos mais complexos” (LORETTA, 2009).

O atendimento domiciliar segundo a ANVISA, também denominado de assistência domiciliar “é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio” (ANVISA, 2006).

A Terapia Ocupacional pode atuar nas quatro modalidades de AD. Segundo Cavalcanti (2007), neste âmbito podem-se verificar diferentes modelos de assistência prestada pelo terapeuta ocupacional, a saber, internação ou hospitalização domiciliar; visita domiciliar e atendimento domiciliar. No atendimento domiciliar a finalidade da intervenção terapêutica ocupacional pode ser de caráter preventivo, curativo, paliativo, reabilitador ou educativo.

O atendimento domiciliar representa um cenário importante para a Terapia ocupacional na APS, pois foi no próprio meio familiar do indivíduo através desta modalidade de atendimento que se pôde propiciar um contato mais estreito tanto com o sujeito assistido como com seus familiares. O objetivo é enfatizar a autonomia e ressaltar suas habilidades, estimular o reconhecimento de que tanto o sujeito quanto a sua família precisarão de apoio adequado para o cuidado de si e seu cotidiano reconstruído a partir da sua nova situação de saúde, aspecto importante dentro do contexto da APS.

### **2.7 Terapia Ocupacional na atenção primária à saúde**

As ações na APS são realizadas de forma coordenada e compatível com as ações programadas, com hipertensos, diabéticos, crianças e idosos (denominados grupos mais vulneráveis ao processo saúde-doença). Segundo Mendes (2012), esses grupos apresentam um risco maior porque tem um fator de risco biopsicossocial ou uma condição crônica (ou mais de uma) com certo grau de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, necessitando de suporte de uma equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas.

O terapeuta ocupacional é um especialista, na APS, faz uso da humanização da atenção, da busca ativa e da criação de vínculo para obter um olhar onde a condição de saúde humana não seja vista como ausência de doença, como na prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde, contato com a comunidade, atendimento integral e, sobretudo na construção e reconstrução do processo dinâmico dos fatores do cotidiano do sujeito. Poucas são as pesquisas sobre a normatização relacionada à Terapia Ocupacional na APS. Mas, como já foi dito acima, o profissional está elencado, como integrante das equipes de NASF 1 e 2.

No NASF, o terapeuta ocupacional atua em condição de apoiador e objetiva assegurar uma retaguarda especializada (REIS ET AL., 2013). Necessitam de infraestrutura, materiais e equipamentos; tem o processo terapêutico como o espaço do fazer enquanto incentivador de um sujeito que cria, atua, organiza e gerencia o seu próprio cotidiano (FRANCISCO, 2001).

O terapeuta ocupacional pode realizar atendimentos nas modalidades individuais ou grupais, seu trabalho envolve também o matriciamento a equipes de saúde da família de forma a promover um suporte técnico-pedagógico e geração de conhecimento e competência dentro do próprio território, tendo como referência a utilização de atividade como um elemento orientador e centralizador na construção do processo terapêutico por meio da produção de projetos terapêuticos singulares (PTS).

A atuação do terapeuta ocupacional enquanto profissional que faz uso da atividade humana como uma ferramenta para desenvolver projetos terapêuticos foi regulamentada pelo Decreto Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969. Para o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) a Terapia Ocupacional:

É uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos. (BRASIL, 1969).

Ainda, segundo o COFFITO, cabe à Terapia Ocupacional inserir-se em todos os níveis de atenção à saúde e utilizar as atividades humanas. É importante conhecer: os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos; o processo saúde-doença; as políticas sociais e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo; a problemática das populações quanto à inserção e participação na vida social; a atuação inter, multi e transdisciplinar; a estrutura anatomo-fisiológica e cinesiológica do ser humano e o processo patológico geral; a estrutura psíquica do ser humano; o desenvolvimento do ser humano e suas fases; as forças sociais do ambiente; e, dentre tantas outras atuações específicas, conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade, indicação, confecção, treinamento, adaptação, órtese, prótese e software (COFFITO, [1975]).

O COFFITO criou várias resoluções de reconhecimento das especialidades de Terapia Ocupacional, a saber: Acupuntura, Contextos Hospitalares, Contextos Sociais, Saúde Coletiva, Saúde da Família, Saúde Funcional e Saúde Mental. Na Resolução nº 407 de 18 de agosto de 2011, do COFFITO, está estabelecido que a especialidade de Terapia Ocupacional em Saúde da Família desenvolve as competências de consulta, triagem, entrevista, anamnese, interconsulta e encaminhamento; além disso, atribui diagnóstico e prognóstico, identifica potencialidades e habilidades do desempenho ocupacional. Atua nas estratégias de intervenção que envolve todas as áreas da vida do indivíduo, constrói, acompanha e dá alta ao plano terapêutico, atua enquanto apoiador matricial, constrói o diagnóstico territorial, desenvolve educação em saúde e promove educação permanente dos profissionais. Atua, também, na saúde do trabalhador, desenvolve registro em prontuário e, elabora relatórios, laudos, atestados e pareceres (COFFITO, 2011).

Assim, o terapeuta ocupacional na APS se faz presente na comunidade, estando capacitado para identificar as suas necessidades coletivas e individuais, envolvendo a família e, elaborando projeto terapêutico singular e coletivo em conjunto com a equipe multiprofissional, trabalhando na interdisciplinaridade e se voltando para o bem estar e

qualidade de vida da população, com ações conjuntas, atuações abrangentes e efetivas estimulando a participação social no processo de promoção da saúde.

A Terapia Ocupacional contribui no processo de territorialização através dos atendimentos domiciliares, onde sua intervenção não se limita a identificação e compreensão da dificuldade do sujeito em desempenhar suas Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), mas resgata e/ou desenvolve com ele habilidades para a superação de suas dificuldades, além de utilizar a tecnologia assistiva como recurso e favorecer a abordagem familiar no domicílio de forma integral e humanizada priorizando a ressignificação do seu cotidiano.

Especificamente, a AVD está relacionada à sobrevivência e bem estar (ex.: banho, controle de esfíncter, vestir-se, alimentação, mobilidade, higiene, sexo), AIVD (educar crianças, cuidado dos outros, comunicação, financeiro, compras, segurança), descanso e dormir (sono, descanso), educação (educação formal, interesses educacionais), trabalho (procura e aquisição de emprego), brincar (brincar exploratório, participação no brincar), lazer (exploração e participação no lazer) e participação social (comunidade, família, amizade). São acrescidos, também, hábitos, rotinas, papéis, rituais, cultura, físico, pessoal, social, temporal e virtual. (CAVALCANTI, 2010).

Segundo Cavalcanti (2007), para a Terapia Ocupacional, o atendimento domiciliar segue alguns princípios como “visão integral do indivíduo, avaliação e orientação multiprofissional. Busca de melhoria no desempenho funcional, suporte à família e humanização no atendimento”.

Por meio do atendimento domiciliar, o terapeuta ocupacional poderá:

Observar a relação entre as áreas de ocupação do cliente, determinando o grau de envolvimento e suas tarefas significativas, além de identificar o nível de suas habilidades (motora, de processo e de comunicação/interação) e padrões (hábitos, rotina e papéis) na execução das diversas ocupações” (CAVALCANTI, 2007, P.510).

Por estar fundamentada com esses objetivos, como já foi mencionado, em sua intervenção resgata a existência de atividades significativas no cotidiano do sujeito e,

É no processo de tratamento terapêutico ocupacional que as pessoas (...) conseguem construir uma nova relação com seu fazer, por meio de planejar, organizar e realizar junto com o terapeuta suas ações cotidianas. Então o terapeuta ocupacional deve atuar além das intervenções citadas no resgate das capacidades e habilidades perdidas, e sim motivar o paciente a ter uma postura participativa, criativa e independente; possibilitar espaços em que seus sentimentos possam ser compartilhados e vivenciados; e organizar o desempenho de atividades de vida

diária e atividades de vida cotidiana, assim como reestabelecimento dos papéis sociais e profissionais”. (GALASSI ET AL, 2013, P.23).

Takatori (2001, p. 372) define que “o cotidiano é construído no dia-a-dia com o fazer singular do indivíduo em diferentes contextos sociais dos quais participa”. O terapeuta ocupacional é o profissional que promove a construção contínua do cotidiano do sujeito, ou seja, a retomada desse processo na ESF. “O terapeuta ocupacional tem, portanto, uma posição privilegiada ao poder contribuir para a elaboração crítica do cotidiano do sujeito” (GALHEIGO, 2003) .

Assim, lidar com o cotidiano é sempre intervenção que exige um lidar com a concretude do homem, esse movimento de múltiplas relações. O cotidiano não é rotina, não é a simples repetição mecânica de ações que levam a um fazer por fazer. O cotidiano é o lugar onde buscamos exercer nossa prática transformadora, é o social; é o contexto em que vivemos” (FRANCISCO, 2001, p. 76).

Várias ferramentas são utilizadas pelo terapeuta ocupacional na ESF para organizar as atividades do cotidiano do indivíduo, tanto no domicílio quanto na comunidade, não somente resgatando as atividades das áreas de desempenho ocupacional que estejam comprometidas (atividades de vida diária, atividades de trabalho e produtivas e atividades de lazer ou diversão), nos contextos em que o indivíduo está inserido (domicílio, comunidade e ambiente de trabalho) mas, sobretudo identificando as especificidades e peculiaridades pessoais do sujeito (CORRÊA, 2009).

Assim, a atuação da Terapia Ocupacional na APS através do NASF compreende que o processo saúde-doença ocorre no cotidiano do sujeito, o que sugere identificar seus diferentes espaços de convivência e influência. Nesse contexto, os interesses específicos de cada sujeito, grupos familiares e o processo de territorialização adquirem importância na medida em que são identificadas suas singularidades e complexidades para a construção de um cotidiano significativo.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional realizado na Atenção Primária.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Nomear o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional realizado na Atenção Primária.

Explicar o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional realizado na Atenção Primária.

Descrever o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional realizado na Atenção Primária.

## 4 METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, que teve como eixo teórico o Construcionismo Social, por permitir captura do processo de produção de sentidos dentro dos contextos sociais (SPINK, 2004), visto que buscou-se a identificação de repertórios, as formas com as quais as pessoas descrevem sua compreensão e a vivência de mundo (SANTOS e CARDOSO, 2011). Os conteúdos expressos pelo sujeito que são essencialmente heterogêneos traduzem o pensamento e o senso comum, considerando a realidade como algo socialmente construído (SPINK, 2004). “A essência humana não é algo abstrato e eminente a cada indivíduo. É em realidade, o conjunto das relações sociais” (FRANCISCO, 2001, p.68).

Segundo Gergen citado por (RASERA e JAPUR, 2001) “A investigação construcionista preocupa-se com a explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem”. Entendendo que as ações humanas são relatáveis e observáveis têm-se que as falas e experiências dos atores sociais fornecem dados relevantes para que o pesquisador, através de encontros e conversas, aumente o acesso à produção de sentido dos usuários (SPINK, 2004).

Toda compreensão é parcial e inacabada. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas, também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo ao qual ela se insere (MINAYO, 2012).

A pesquisa trabalhou com a linguagem em ação focalizando as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas. As práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica (que são os enunciados, orientados por vozes), as formas ou speech genres (que, para Bakhtin, são formas mais ou menos fixas de enunciados) e os conteúdos, os repertórios linguísticos (SPINK, 2010).

### 4.1 Cenário de pesquisa

Em 1971 surge um núcleo habitacional em um contexto de erradicação das favelas existentes em Brasília – Distrito Federal, chamada Ceilândia, cujo nome foi sugerido pelo ex-secretário Otamar Lopes Cardoso, sob o comando do ex-governador Hélio Prates. Atualmente



possui 398.374 habitantes, tornando-se a IX Região Administrativa através da Lei 11.921 de 25 de outubro de 1989. Seu administrador atual é o Sr. Aridelson Sebastião de Almeida (BRASÍLIA, [2010]).

Acompanhada pela equipe de Estratégia de Saúde da Família do Centro de Saúde nº 08 (CS8), a pesquisa teve como cenário o Parque Sol Nascente que se situa na Ceilândia, à qual possui população de baixa renda, crescimento demográfico e geográfico desordenado como déficit e, atualmente, se encontra em fase de inicial de regularização.

A rede de saúde de Ceilândia conta com um hospital regional, doze centros de saúde, um centro de atenção psicossocial – álcool e drogas e uma unidade de pronto atendimento. Especificamente, o Sol Nascente possui cerca de 44.400 habitantes, contando com 11 equipes de ESF compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem, agente comunitário e técnico de higiene dental. O CS8 atende: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia.

#### **4.2 Sujeitos da pesquisa**

O estudo contemplou cinco usuários atendidos pela equipe de saúde da família do CS8. Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, que foram atendidos pela Terapia Ocupacional e que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa. O critério de exclusão foi o não atendimento a todos os critérios de inclusão.

O tamanho da amostra escolhida se baseou em um conhecimento empírico que estima o ponto em que as informações das entrevistas saturam. Fontanella et al. (2008) citam que Glaser e Strauss originalmente conceituaram saturação teórica como “a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo) pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica”.

Estudo realizado por Thiry-Cherques (2009) apresenta um modelo de prognóstico do ponto de saturação. Com isso, verificou-se que em diferentes campos de pesquisa com contextos e dimensões diferentes, este ponto é atingido em, no máximo, doze observações. Conclui-se que a não ocorrência é indicativo de que o critério de levantamento ou os quesitos escolhidos são inadequados. A partir desta ideia, considerou-se o tamanho da amostra de cinco indivíduos satisfatório para a realização desse estudo.

### **4.3 Instrumento de coleta de dados**

Para a coleta de dados foi utilizado entrevista semi-estruturada, para apreender a prática discursiva, visando a produção de sentido. Assumiu-se que os sentidos não estão na linguagem como materialidade, mas no discurso que faz da linguagem a ferramenta para construção da realidade (SPINK, 2004). A linguagem para Shotter segundo Pinheiro (2004) é um instrumento ou ferramenta psicológica pela qual estabelecemos diferentes relações com o que nos cerca, possibilitando a comunicação desse sentido aos que estão ao nosso redor, considerando a entrevista como “prática discursiva, ou seja, entendê-la como ação (intenção) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade”. (PINHEIRO, 2004, p. 94).

A entrevista foi utilizada para compreender o sentido atribuído à realização do atendimento prestado, tendo como premissa que é uma prática discursiva, uma ação, uma interação. A entrevista foi composta de 4 questões norteadoras, (APÊNDICE 1). Foram realizadas individualmente com duração de aproximadamente 20 minutos, sob supervisão da orientadora, em horário previamente agendado. Foi mantido o discurso ipse líteres nas transcrições e optou-se por seguir este método para não descaracterizar a identidade DOSS entrevistados e garantir a fidedignidade das entrevistas, pois algumas literaturas defendem essa ideia objetivando a identificação real tanto de quem fala quanto do que se fala. A identidade dos entrevistados foi mantida em sigilo e estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) que permitiu a gravação em áudio e a posterior transcrição da entrevista para realização da análise de dados.

### **4.4 Análises de dados**

A análise dos dados foi realizada através do Mapa de Associação de Ideias que é um recurso de visualização que tem por objetivo dar subsídio ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos do processo interpretativo (SPINK e LIMA 2000). De acordo com Spink (2010, p. 105) os Mapas “são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários”.

A construção do mapa iniciou-se pela definição de categorias gerais de natureza temática que refletiu, sobretudo o objetivo da pesquisa. Buscou-se organizar os conteúdos a partir dessas categorias, procurando preservar a sequência das falas. Cada Mapa de Associação de Ideias foi construído baseando-se nos objetivos específicos da pesquisa e foram apresentados no formato de tabelas.

Essa técnica do Mapa envolveu as seguintes etapas:

a) Será utilizado um processador de dados tipo Word ou Windows e será digitada toda a entrevista. b) Será construída uma tabela com números de colunas correspondentes às categorias utilizadas. c) Serão utilizadas as funções cortar e colar para transferir o conteúdo do texto para as colunas, respeitando a sequência do diálogo (SPINK e LIMA, 2004, p.107-108).

O Mapa permite a visualização tanto da resposta do entrevistado quanto da investigação do pesquisador. Segundo John Shotter (1993) ao analisar a relação em uma conversa “os participantes podem ter clareza e expressar o seu ponto de vista sobre o tema em pauta”. Devido à densidade dos discursos e falta de tempo hábil, não foi aproveitado todo o conteúdo dos depoimentos.

Cabe ressaltar que, nos mapas de associação que seguem, os nomes verdadeiros dos entrevistados foram substituídos por nomes de pedras preciosas. Essa escolha foi feita pela pesquisadora, na perspectiva de relacionar o caminho percorrido e as descobertas surpreendentes do período da pesquisa com as pessoas atendidas pela TO em seu domicílio. O critério para a escolha do nome foi a partir das características de cada entrevistado para com a similaridade com o significado da pedra (APENDICE 2). Segue abaixo os mapas de cada entrevistado.

**Tabela 1 – Mapa de Associação de Ideias 01**

Entrevistado - Jade Branco			
Nomear	Explicar	Descrever	Concepção
Sei lá, do que a gente conversou. Assim, de eu fazer algo, de me ocupar. Tanto que quando você falou eu já comecei a fazer, quer ver pergunte a Daise, eu fui lá e vendi para as meninas.	<p>Estar fazendo as coisas, você vê que eu tenho até uma vendinha. Eu ocupo muito a minha mente fazendo din-din, bolo, flores.</p> <p>Eu achei que foi bom porque serviu para ajudar porque agora veio a gravidez da minha filha e ai o que sai na venda está ajudando ela a comprar uma coisinha.</p>	<p>Aparece assim, a gente ter uma ocupação. É não deixar entrar em depressão.</p> <p>A pessoa para conversar é como eu estou conversando aqui com você, eu te escuto e você me escuta né</p> <p>Você tem que ter uma ocupação (...) sair um pouco". Assim, quando</p>	<p>Aparece assim, a gente ter uma ocupação. É não deixar entrar em depressão. Eu acho que é isso.</p> <p>Mas é assim, a noite eu vou deitar e estou toda doída, mas é uma coisa boa, porque ai não deixa a mente vazia.</p> <p>Não, você tem que ter uma ocupação.</p>

Eu vejo assim, já serve para comprar uma carne, um pão porque eu já vi faltando dentro de casa e hoje em dia eu vejo que não falta mais.	eu discuto com meu filho eu vou andar nas lojas, mesmo que não é para comprar, eu vou andar; se eu não sair eu do um 'trem' aqui ai eu começo a xingar todo mundo, começo a querer chorar ai eu saíu e volto boazinha.	Eu tava um pouco deprimida e depois dessa ideia melhorou um pouco para mim.
	Assim, de eu fazer algo, de me ocupar. Tanto que quando você falou eu já comecei a fazer, quer ver pergunte a Daise, eu fui lá e vendi para as meninas.	
	Eu tava um pouco deprimida e depois dessa ideia melhorou um pouco para mim.	

**Tabela 2 – Mapa de Associação de Ideias 02**

Entrevistado – Calcedônia			
Nomear	Explicar	Descrever	Concepção
vai ser uma palavra conhecida	o que eles fizeram aqui para mim, tudo foi uma benção de Deus	me sentia muito bem, eu fazia ai foi que eu parei de fazer porque não dava conta mais	me deu conforto
para mim foi maravilhoso	o terapeuta eu também achei bom, bom mesmo	Nós batendo papo, conversando, fazendo aqueles negócios	
para mim foi bom demais	para mim foi o tempo melhor que eu passei, foi quando eles estavam todo mundo aqui. Nós batendo papo, conversando, fazendo aqueles negócios	Elas mesmo que trouxeram o pano para eu fazer os tapetes (...) trabalhei parecendo uma doida	
	Para mim foi uma maravilha tudo que elas fizeram aqui. Para mim foi uma benção de Deus	Porque nós conversava tudo direitinho	
	Ave Maria, para mim, eu não estou lhe dizendo que para mim foi uma maravilha, uma benção de Deus		
	eu gostei de tudo, mas o que eu mais gostei mesmo foi do tapete		
	Para mim foi a maravilha		

melhor que eu achei, fiquei com dó quando elas foram embora

eu gostava e no dia que eles vinham eu já estava pensando que estava demorando.

**Tabela 3 – Mapa de Associação de Ideias 03**

<b>Entrevistado – Laca</b>			
<b>Nomear</b>	<b>Explicar</b>	<b>Descrever</b>	<b>Concepção</b>
foi uma experiência maravilhosa	é uma profissão que anda muito próximo da realidade	Eu vi um casamento mágico, uma interação que dá certo, é a panela e a tampa.	a atividade pra elas ali é mágica
para mim ficou na história	A Terapia Ocupacional é muito na comunidade, é muito no dia-a-dia	Com a terapia, com tudo, como eu to falando que é um profissional que anda ombro a ombro ela empodera o sujeito que está passando por aquela situação; encorajar para falar mais porque antigamente a pessoa ficava retraída com seus problemas	é um profissional que anda ombro a ombro
Eu gostei muito	leva o profissional diretamente com aquele caso, com aquela realidade daquele povo	Eu vi, assim, uma multiplicação de informação, deixa o pessoal mais solto, mais empoderado e cheio de si. É uma força mágica e aí é só através da escuta, é acolhimento e escuta. Terapia é isso.	ela empodera o sujeito
vi um casamento mágico, uma interação que dá certo, é a panela e a tampa	a gente não espera que um profissional se desloque para ir até ali. Até criar um vínculo de amizade	Eu vi, assim, uma multiplicação de informação, deixa o pessoal mais solto, mais empoderado e cheio de si. É uma força mágica e aí é só através da escuta, é acolhimento e escuta. Terapia é isso.	melhorou a comunicação
aquilo ali marcou, chocou e firmou	O que a população precisa é assim de um profissional mais próximo, que escuta, que usa e que ensina o que aprendeu, que possa passar, que possa amenizar aquele sofrimento, que possa orientar, que possa indicar e ensinar a caminhar sozinho aquele povo	Vem assim, essa parte mesmo assim de acolhimento. Um acolhimento humanizado.	uma multiplicação de informação
é uma força mágica	o ponto chave são as oficinas com criança		através da escuta
acolhimento humanizado	é a interação que necessita e que não tem no dia-a-dia		acolhimento e escuta. Terapia é isso.
gesto de carinho, de aproximação, humildade, simplicidade	Eu aprendi muito		Vê o próximo como o próximo e como si mesmo
Importar com a vida do outro. Andar lado a lado, andar próximo.	“a partir do momento que as vezes a gente ta pensando que ta só ensinando a gente ta aprendendo também”		Uma vivência maravilhosa, a terapia.
magia que contagia.			

Tabela 4 – Mapa de Associação de Ideias 04

Entrevistado - Olho de gato			
Nomear	Explicar	Descrever	Concepção
<p>Terapia ocupacional é uma coisa muito boa que veio na minha vida</p> <p>Essa ocupação é boa, é satisfatória</p> <p>Teve momentos bons, teve momentos que eu achei assim meio chato no início, falar a verdade, não mata né. Principalmente quando eu tava agitado, mas mudou.</p> <p>Acho legal, massa.</p>	<p>Terapia ocupacional é uma coisa muito boa que veio na minha vida porque vocês me ajudaram bastante a entender que não é porque eu estou passando por esse processo de ir para a cadeira de rodas que eu morri, mas sim estou vivo. – contato com a realidade e reestabelecimento de funções psíquicas e sociais;</p> <p>Terapia já ta dizendo, é uma terapia, ocupacional é que ocupa um pouco do seu tempo.</p>	<p>Contei a minha vida para vocês, vocês analisaram, vieram com projetos, deram certo, eu tive uma recaída, mas isso não vai acontecer mais e bola pra frente. Eu vou fazer o esforço máximo para que me fique bem com todos, com minha família, com meus vizinhos, com meu emprego que eu tenho certeza que eu vou arrumar, meu modo de ganhar dinheiro que eu não sei ficar parado.</p> <p>Claro que é legal você acordar com pessoas pra vim conversar contigo. Você tá ali, você saber que tem pessoas lá fora “oh, hoje eu tenho que ir lá no Rômulo”, “eu tenho que ir lá no Rômulo”, hoje eu tenho uma visita pra ir.</p> <p>Da saúde? A me incentivar, a me incentivar a ter higiene, a me incentivar com os curativos na hora certa, isso aí.</p> <p>A gente pode passear, pode me ajudar ai a, sei lá, amizade é bom.</p> <p>É. Amizade, vínculo. São bons. Vida nova, novos amigos. Tem que ser senão não anda pra frente.</p> <p>Aqui eu tenho atenção absoluta para mim</p>	<p>E, foi muito bom, foi muito legal as vindas que vocês vieram aqui porque me ajudou, me ajudou a ver que eu estou vivo. Estou vivo e não acabou. Eu tenho uma trajetória muito importante ai, difícil, mas não impossível que eu possa conquistar os meus objetivos e ser feliz, mesmo sem andar porque tudo na vida não é andar, mas viver. E eu não estou no estado vegetativo, ruim é quem está no estado vegetativo; eu ando, eu converso, eu movimento meus braços, eu penso, eu decido, eu tenho autoridade sobre a minha vida</p> <p>Ah, o que mudou é que eu arrumei amigos, pessoas legais, pessoas maravilhosas que eu sei que está estudando, mas ajudando as pessoas. E que continue assim, ta entendendo, tem muitos ai que precisam. Eu só tenho a agradecer. O que mudou foi o meu modo de pensar, o meu modo de ver a vida, algumas coisas eu consegui outras não, mas com fé em Deus eu vou conseguir todos os objetivos que vocês passaram para mim.</p>

Tabela 5 – Mapa de Associação de Ideias 05

Entrevistado: Ágata			
Nomear	Explicar	Descrever	Concepção
<p>Pra nós foi ótimo, excelente</p> <p>É trocas... é aprender a reconhecer que nas pequenas coisas você vê assim que quando você fica limitado igual o caso do <i>Olho de Gato</i>, ele vê que as pequenas coisas faz uma grande diferença</p>	<p>A auto-estima dele ne, a gente vê as coisas com mais clareza, como eu já disse. De certa forma, foi uma luizinha no fim do túnel mesmo, lá no fundo do poço.</p> <p>Pra mim, o que eu pude ver aqui foi vocês tentando que o <i>Olho de Gato</i> ocupasse o tempo dele, tentasse descobrir o que que ele gostaria de fazer pra dar um sentido na vida dele, retomar a vida dele. Tentando assim, aproveitar o espaço que ele tem, o que que ele quer realmente fazer, que ele ainda é capaz de fazer alguma coisa, levantar a auto-estima dele. Que ele pode ainda ser produtivo, ocupar o tempo dele. Terapia Ocupacional eu creio que é isso, é você ocupar o seu tempo com aquilo que você gosta, descobrir, fazer descobertas ne.</p> <p>O que vocês fazem... Eu acho que é, é realmente devolver a pessoa pro convívio mesmo dentro das suas limitações, trazer a pessoa de volta pra um convívio com a sociedade, com os seus familiares. É nova aprendizagem. A Terapia Ocupacional ela é, acima de tudo, eu acho que é a auto-estima realmente que vocês trás para que as pessoas realmente se sintam valorizados. Eu acho que é isso, é valorizar mesmo a auto-estima e que, é como se diz, não tá perdido nada e que ele tem que levantar a cabeça.</p> <p>Eu sei que foram muitos dias, foram dedicação. Eu acho que independente de</p>	<p>Eu acho que sem apoio seria até difícil dele sair assim, igual muitas vezes vocês vem e ele tá depressivo, angustiado, muitas vezes ele não fala pra mim o que ele fala pra vocês, ele não se abre pra mim o que ele fala pra vocês. Vocês é diferente a forma dele se expressar, a forma dele se expor, então, o trabalho de vocês aqui foi fundamental.</p> <p>É com tudo, é num tudo. No contexto geral assim eu vejo num tudo. É na auto-estima, é na sua vida pessoal, na sua vida familiar, você entendeu, na convivência.</p>	<p>Para mim, pra todos nós aqui em casa foi assim de suma importância porque vocês se tornou assim como uma pessoa da família que vem, que se importa, que se dispõe com seu tempo, com seu carinho. É um apoio pro <i>Olho de Gato</i> porque ta sempre questionando como é que ele tá, como é que ele não tá, como é que foi a semana. Então a gente fica assim já esperando, contando que vocês venha.</p> <p>Eu vou falar agora de mim, pra mim. Pra mim eu to conseguindo ver as coisas com mais clareza, eu to tentando também cuidar um pouco mais de mim que tanto era só <i>Olho de Gato</i>, só <i>Olho de Gato</i> só <i>Olho de Gato</i> ne. Agora eu to tentando assim ve se eu consigo a me resgatar mesmo você entendeu, a buscar fazer coisas que eu goste. Então é assim, eu to tentando.</p>

---

ser profissional existe amor, porque sem amor você não exerce a profissão que vocês estão se formando, estão se habilitando. Em primeiro lugar existe amor, é doação mesmo, tem pessoas que você se apega até mais do que outras, tem afinidades ne. Então, é amor. Eu sei que só mesmo quem ama pra poder se dispor a fazer o trabalho que vocês fazem. Só amor mesmo.

---

#### **4.5 Aspectos éticos**

A investigação foi um recorte da pesquisa ampliada “A dor que fala, a dor que cala: sentidos e formas do cuidado do usuário atendido na atenção primária à saúde de Ceilândia” (ANEXO 1), obedecendo às normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa que envolve seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASÍLIA, 2012). A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, de nº 239.576/2013, sendo que esta pesquisa se compromete a atender às exigências éticas e científicas fundamentais estabelecidas e a tratar os sujeitos envolvidos em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade. A participação dos sujeitos foi voluntária e teve como critério a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). As entrevistas realizadas proporcionaram: a confidencialidade das informações, a privacidade dos sujeitos da pesquisa, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e das instituições.



## **5 RESULTADO: DESVENDANDO OS SENTIDOS DA TERAPIA OCUPACIONAL**

Neste estudo, compreender o sentido atribuído ao atendimento domiciliar da Terapia Ocupacional realizado na Atenção Primária à Saúde junto aos usuários do serviço de saúde da Regional Administrativa de Ceilândia – DF se concretizou tendo como base o avanço da análise do conteúdo dos dados coletados nas entrevistas semi-estruturadas realizadas junto aos sujeitos da pesquisa.

Nesta oportunidade, a prática discursiva visando a produção de sentido pelos entrevistados possibilitou que estes nomeassem, explicassem e descrevessem o atendimento domiciliar realizado pela Terapia Ocupacional na APS. Além da apropriação dos sentidos produzidos pelos entrevistados tem-se o sentido atribuído pela literatura às várias categorias aqui estudadas. Assim, com o avanço da análise, as categorias da pesquisa foram construídas, e se constituíram como objetivos de pesquisa.

Para tanto, destaca-se as principais categorias teóricas de análise utilizadas e o sentido que lhes foram sobrepostos no estudo, a saber: nomear, explicar e descrever o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional realizado na APS, baseado nos referenciais teóricos que fundamentam a prática da profissão enquanto ciência, tendo como base a compreensão do usuário sobre a categoria em questão.

### **5.1 Nomear o sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional realizado na Atenção Primária**

Nomear é dar nome a algo. Dar um nome é fazer-lhe a doação de uma história que passa a ter relação com o universo de quem nomeia e indica um caminho de significado para o que se está nomeando sem traçá-lo de antemão. Quando o usuário consegue atribuir nomes à Terapia Ocupacional ele está dando sentido à mesma. Um sentido que é fruto de sua vivência individual com o atendimento, que é reflexo de sua experiência singular relativa às demandas em saúde daquele momento de vida pelo qual está passando. As partes dos discursos que nomeiam a T. O. estão relacionadas à: fazer algo, ocupação, troca, aprendizado, força mágica, acolhimento humanizado, importar-se com o outro, gestos positivos, magia que contagia.

Em uma das entrevistas o atendimento foi nomeado como um espaço de fazer, de ocupação. *“Assim, de eu fazer algo, de me ocupar”*. (Jade Branco). Esta fala corrobora com os fundamentos da profissão, pois demonstra que a atividade humana nomeada de outras

formas, inclusive como fazer e ocupação é reconhecida como recurso terapêutico, cujo fim é promover a saúde do sujeito. Esta nomeação é feita pelo usuário que experimenta e também por vários terapeutas ocupacionais brasileiros que nomeiam seu instrumento de intervenção através de diversas publicações científicas (LIMA, 2011).

Pesquisa bibliográfica realizada por Lima et al. (2011), cujo um dos objetivos era avaliar a produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros à respeito das atividades e ocupações, considerando o estudo e investigação dos termos mais utilizados por eles para nomear seu instrumento de intervenção verificou que o termo em

Maior evidência é atividade, ora usado associado a outros termos, ora utilizado de forma exclusiva, seguido dos termos fazer, ação e ocupação, que aparecem, quase que na totalidade dos textos, associados a outros termos, sendo que na grande maioria dos textos, estão associados ao termo atividade. (LIMA, 2011, P.69).

Assim, tanto o fazer, quanto a ação ou ocupação, bem como “as atividades são instrumentos privilegiados das ações dos terapeutas ocupacionais e constitui o elemento orientador na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico” (LIMA, 2011, P. 73), ou seja, o ato de nomear a Terapia Ocupacional na APS está de acordo com a produção científica contemporânea.

Destaca-se que o atendimento da TO vem desenvolvendo um serviço para além do foco saúde-doença. Deste modo, a intervenção na APS objetiva promover o sujeito a partir de si e não do processo de adoecimento que enfrenta no momento em que é usuário dos serviços de saúde. Ao contrário, oportuniza aos sujeitos atendidos a ressignificação de si considerando seus interesses, sua história pessoal e coletiva tanto no contexto familiar quanto no comunitário e social do qual faça parte.

Outra nomeação identificada foi ‘troca’. *“É trocas... é aprender a reconhecer que nas pequenas coisas você vê assim que quando você fica limitado igual o caso do Olho de Gato, ele vê que as pequenas coisas faz uma grande diferença”*. (Ágata). A relação entre profissional e sujeito é horizontal, sem julgamentos, procurando estimular a autonomia e a liberdade dessa pessoa. Na troca são utilizados três estilos de comunicação conforme Aschc et al. (2005): o acompanhamento, um suporte à pessoa em seu movimento por uma escuta qualificada; o direcionamento que implica um protagonismo maior do profissional; e, oferece alternativas para a opção da pessoa, produzindo um espaço de aprendizado, como relatado no depoimento acima.

Essa fala também reflete a importância de pensar junto com o usuário a ressignificação de seu cotidiano durante a intervenção terapêutica. Lima (2011), em pesquisa bibliográfica realizada refere que a maioria dos estudiosos aponta o cotidiano “como contexto nos quais todas as atividades humanas se desenrolam” (LIMA APUD BARROS et al., 2004; BENNETON et al., 2003; GALHEIGO, 2003, 2011, P. 73). “Nesse sentido, poderíamos pensar que o cotidiano seria uma construção singular de cada sujeito, composta de atividades das diferentes áreas” (LIMA, 2011, P.74). E, são nas mais variadas áreas que cada sujeito pratica suas atividades, de modo que estas causam diferentes impactos nas suas condições de saúde. Cabendo, ao terapeuta ocupacional, estimular a ressignificação do cotidiano do sujeito a partir de sua condição de saúde e processo de adoecimento enfrentado pelo sujeito.

Houve, ainda, a nomeação por “*gesto de carinho, de aproximação, humildade, simplicidade*” (Laca). “*Importar com a vida do outro. Andar lado a lado, andar próximo*” (Laca). O que remete à importância da prática da empatia no processo terapêutico e no estabelecimento de uma relação saudável entre terapeuta e sujeito neste cenário. Um profissional sensível e habilidoso é capaz de alternar estilos comunicativos conforme as situações que se apresentam na prática clínica.

Colocar-se no lugar do outro e estabelecer vínculo por meio desta mudança de lugar é circunstância primordial para que o processo terapêutico se inicie, desenvolva e alcance o objetivo de promover o sujeito a partir de suas demandas. Assim, é importante considerar que:

O trabalho em saúde opera a partir do espaço relacional definido pelo encontro entre o usuário e os agentes institucionais e que é a partir desse encontro que as necessidades de saúde são identificadas e se estabelece a trajetória dos usuários nos serviços” (CECAGNO, 2004, P. 109).

Merhy (1997) identifica tecnologias relacionais, em seus estudos, como “tecnologias leves”, envolvidas no processo de acolhimento, na constituição de vínculo e no estabelecimento da relação de responsabilização necessária ao acompanhamento da clientela (MERHY ET AL., 1997).

O atendimento também foi nomeado de “*acolhimento humanizado*” (Laca). Identificar essa nomeação é relevante devido à importância do uso do acolhimento como procedimento estratégico da organização do processo de trabalho e de recepção da demanda nos serviços, bem como de seus efeitos (MÂNGUIA, 2002).

O terapeuta ocupacional e sua formação biopsicossocultural com influência de bases filosóficas e sociológicas são bastante sensíveis à ideia do acolhimento humanizado e este não

deve representar apenas um procedimento que se encerra no primeiro contato com o usuário, mas que deva se desdobrar a cada atendimento a fim de identificar a história de vida do sujeito, da coletividade a que pertence, seus interesses, bem como suas demandas individuais e singulares (MÂNGUIA, 2002).

Para Campos (1994) e Merhy (1997) apud Cecagno (2004) no campo da saúde coletiva, encontram-se importantes aportes para o desenvolvimento dessa temática (CECAGNO, 2004).

O acolhimento, a partir da recepção humanizada, tende a atender mais prontamente a quem procura o serviço, desburocratizando o acesso, podendo propiciar às equipes a revisão das formas de compreensão e a construção de processos de trabalho mais flexíveis e centrados na busca de respostas satisfatórias às necessidades das pessoas” (CECAGNO APUD CAMPOS E MERHY, 2004, P.111).

Outra nomeação dada ao atendimento estudado e que muito chamou a atenção foi identificá-lo como “...*uma força mágica. Magia que contagia*” (Laca). Esta nomeação está em acordo com as reflexões de Merhy (2011), que destaca o fato do processo de trabalho em saúde está situado em um campo onde operam forças múltiplas e distintas, que exige um movimento permanente de (re)estruturação.

Assim, é possível pensar que a magia enquanto força aqui referida possa representar um processo de aprendizagem diferenciado que mobiliza o sujeito a transformação do sujeito por si próprio diante de suas condições de saúde e vida. Neste sentido, o raciocínio clínico terapêutico ocupacional de promover a ressignificação de cotidiano do sujeito atendido responde não somente às suas demandas mais singulares, mas também potencializa o desenvolvimento, manutenção, adesão e prática responsáveis de novas posturas frente ao viver com saúde e qualidade de vida.

Destaca-se, que o raciocínio clínico é pautado em uma nova orientação ética que respeita a singularidade, e valida o sujeito enquanto cidadão. Preocupa-se com o respeito às diferenças, a tolerância, o acesso, potencializa a confiança, a cooperação, a iniciativa e a criatividade (CECAGNO, 2004).

A partir do raciocínio clínico, é possível que ferramentas científicas válidas como: o uso da atividade enquanto espaço de fazer ou ocupação, a prática do acolhimento humanizado e a promoção de um cotidiano ressignificado sejam utilizadas. Estas ações, viabilizam e estruturam as diretrizes do Sistema Único de Saúde e reproduzem na APS um atendimento humanizado.

## 5.2 Explicação do sentido da Terapia Ocupacional na atenção primária

Explicar, para Papalia (2006), diz respeito à revelar as possíveis causas de um determinado comportamento e posicionamento diante de eventos, acontecimentos. Um dos aspectos que chamou atenção nas entrevistas foi a concepção de TO associada à elemento prático, ocupação e escuta. Neste sentido, o fazem na tentativa de tornar a ideia lógica, clara e demonstrando-a enquanto conhecimento aprendido.

Entende-se que o espaço de fazer e escuta busca uma articulação mais concreta entre a clínica e o social. Segundo relato, é *“um novo fazer”* (Jade Branco). *“Estar fazendo as coisas, você vê que eu tenho até uma vendinha. Eu ocupo muito a minha mente fazendo dindin, bolo, flores”*. (Jade Branco). Uma evidência de tal fato, é a compreensão que se tem para a teorização do mundo.

Enquanto escuta, o que as entrevistas evidenciam gira em torno da importância de um espaço em que não só se constrói técnicas ou procedimentos, mas sim algo que cause identificação, similaridade, proximidade e, principalmente escuta qualitativa que não deprecia, não violenta e não agride o sujeito. Logo, ficou explícito, segundo a entrevista, que o espaço de escuta é construído e permitido pelo e para o profissional/usuário. *“O que a população precisa é assim de um profissional mais próximo, que escuta, que usa e que ensina o que aprendeu, que possa passar, que possa amenizar aquele sofrimento, que possa orientar, que possa orientar e que possa indicar e ensinar a caminhar sozinho aquele povo”* (Laca).

As narrativas acima sinalizam que a escuta acende novas possibilidades de compreensão do sofrimento humano, *“para mim foi o tempo melhor que eu passei, foi quando eles estavam todo mundo aqui. Nós batendo papo, conversando, fazendo aqueles negócios”* (Calcedônia). O escutar a palavra do outro, segundo Macedo e Falcão (2005), é produzir palavras que vem ao encontro dessa demanda de ajuda. É acolher, escutar, apoiar, dar espaço para que se demonstre o que se sente. E, isso se explica como *“acolhimento e escuta”* (Laca). *“É um apoio pro OLHO DE GATO porque ta sempre questionando como é que ele tá, como é que ele não tá, como é que foi a semana”* (Ágata).

Dentro da escuta, é possível a identificação das mais diversas demandas que o sujeito possui, entre elas as atividades de interesse e desejo. Com isso, tem-se que as atividades são percebidas, vividas e interpretadas de acordo com a singularidade de seus atores, sendo dessa forma, expressões das identidades construídas. Além de participarem ativamente do processo de formação dessas identidades, assumem um caráter relacional importante enquanto espaço

de resgatar o sujeito por meio do fazer (BARROS, GHIRARDI, LOPES, 2002; BARROS, 2004).

Esse espaço pode ser explicado conforme a fala que segue: *“Tentando assim, aproveitar o espaço que ele tem, o que ele quer realmente fazer, que ele ainda é capaz de fazer alguma coisa, levantar a auto-estima dele. Que ele pode ainda ser produtivo, ocupar o tempo dele. Terapia Ocupacional eu creio que é isso, é você ocupar o seu tempo com aquilo que você gosta, descobrir, fazer descobertas né”* (Ágata).

A partir do desenvolvimento de atividades, é possível que se adentre no cotidiano e conheça o contexto que o sujeito está inserido. O cotidiano está relacionado com atividades de auto cuidado e manutenção da vida, que visem satisfazer as exigências e necessidades dos sujeitos “e pode ser pensada nas várias esferas que compõem a consistência vital, o cotidiano de qualquer pessoa” (DE CARLO, BARTALOTTI, 2001, p.48). Interfere em aspectos de novas probabilidades na vida, de uma vida ressignificada a partir da atual conjuntura que o sujeito se insere, como afirma em: *“Terapia ocupacional é uma coisa muito boa que veio na minha vida porque vocês me ajudaram bastante a entender que não é porque eu estou passando por esse processo de ir para a cadeira de rodas que eu morri, mas sim estou vivo. Terapia já tá dizendo, é uma terapia, ocupacional é que ocupa um pouco do seu tempo”* (Olho de Gato).

Outro aspecto importante ao explicar o sentido é quando ele é relacionado à um espaço que promove a realização de atividade produtiva para geração de renda (remuneração). Como podemos identificar nas falas, o trabalho exercido pelos usuários é entendido como uma ajuda, ou seja, a promoção e desenvolvimento de um trabalho informal. Sabe-se que o valor atribuído ao trabalho tem raízes históricas na consolidação do capitalismo no século XX. Uma das vertentes para o termo ‘ocupação’ está ligado ao crescimento individual e social enquanto algo inerente ao homem.

Assim, o desenvolvimento de atividade humana na área da produtividade leva o sujeito a produzir um sentido a partir do atendimento proposto pela TO como algo substancialmente valoroso que impacta na área financeira familiar e reflete positivamente na saúde do sujeito e de sua família como mostra a fala que segue: *“Eu vejo assim, já serve para comprar uma carne, um pão por que eu já vi faltando dentro de casa e hoje em dia eu vejo que não falta mais”* (Jade Branco).

Para CHAMONE, “[...] atividades enquanto ocupação/trabalho mantém o sentido original da qualidade de ativo, onde as ocupações [...] precisam ser compreendidas como um modo ativo de o paciente intervir no mundo e, assim, ativamente, estar consigo e com os

outros” (CHAMONE, 1990 apud MOREIRA; CALDEIRA, 1993) como identificamos na fala: *“Contei a minha vida para vocês, vocês analisaram, vieram com projetos, deram certo, eu tive uma recaída, mas isso não vai acontecer mais e bola pra frente. Eu vou fazer o esforço máximo para que me fique bem com todos, com minha família, com meus vizinhos, com meu emprego que eu tenho certeza que eu vou arrumar, meu modo de ganhar dinheiro que eu não sei ficar parado” (Olho de Gato).*

Sabendo que o trabalhador possui destaque entre os papéis sociais representativos do eu (SEGABINAZZI, 2007), reconhece-se que quando acontece a falta de trabalho, a identidade de trabalhador entra em crise daí surge a importância atribuída ao sentido dado pelo usuário ao atendimento quando este sinaliza a perspectiva que a ocupação traz para si e familiares.

Assim, ver o atendimento domiciliar de TO na APS explicado como espaço de escuta e fazer/ocupação dá à prática a sensação de se fazer compreender na sua prática. Pois, como já foi visto, tanto os termos fazer como ocupar são utilizados por estudiosos para significar os recursos durante o processo terapêutico. O ato de escutar de forma qualificada é uma ferramenta que o terapeuta ocupacional utiliza em todo o desenvolver de sua intervenção (LIMA, 2011).

### **5.3 Descrição do sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional realizado na Atenção Primária**

Algo para ser descrito deve ser real ao menos para quem o descreve e a realidade a ser descrita deve fazer parte do contexto do sujeito. Ou seja, o mesmo deve estar contido nessa realidade.

Para Papalia (2006) descrição é uma tentativa de retratar um comportamento, um fenômeno, uma ideia com precisão. Para os estudiosos do construcionismo social,

As descrições do mundo significam aquilo que não guardam correspondência para uma forma da realidade situada para além das formas de dizê-la, mas são, elas próprias maneiras de construção desta realidade. Assim, a linguagem não oferece um mundo diferente, mas o constrói a todo tempo (RASERA, 2001, P.84).

Nesta pesquisa, a Terapia Ocupacional foi descrita como um remédio anti-depressivo, onde o ato de ocupar-se era o que combatia o mau em saúde agindo como um suporte que proporciona discussões e possibilitam um clima de sensibilização para os aspectos relativos à



depressão. Descreveram, “*aparece assim, a gente ter uma ocupação. É não deixar entrar em depressão*”. (Jade Branco). Identificou-se, também, a ocupação enquanto o lazer ou algo que possa desconectar a pessoa de seu sofrimento. “*...você tem que ter uma ocupação (...) sair um pouco*”. (Jade Branco). A ocupação reforça os contornos da identidade do sujeito, dando um direcionamento à sua existência. Além disso, o estar ocupado pode equivaler a sentir-se útil e esse sentimento pode ser o aspecto orientador de pessoas em situações de vulnerabilidades diversas. Essa ideia pode ser observada no discurso dos sujeitos entrevistados quando mencionam: “*Eu tava um pouco deprimida e depois dessa ideia melhorou um pouco para mim*”. (Jade Branco). Não podemos deixar de sinalizar a importância da TO na medida em que existe uma interação entre depressão e sintomas dolorosos, podendo ser benéfico o tratamento de ambas as condições, pois a depressão não tratada pode ser um fator de risco para a cronificação da dor.

Nos depoimentos que seguem, a Terapia Ocupacional é descrita a partir do espaço conversacional para a consolidação de uma corresponsabilidade em saúde e para a construção de novos conhecimentos que atuam de maneira direta em um cuidado longitudinal. Os recursos terapêuticos utilizados impactaram de forma positiva na vida do sujeito, pois percebeu-se que uma nova postura foi adotada. “*depois dessa ideia melhorou um pouco para mim*” (Jade Branco); “*...encorajar para falar mais porque antigamente a pessoa ficava retraída com seus problemas*”(Laca). Aspecto importante, pois a maioria dos pacientes possuem quadro de condição crônica que pode levar a sintomas depressivos somáticos. O que faz com que a TO otimize o tratamento da doença crônica, proporcionando a ressignificação de um cotidiano outrora sem sentido através da ocupação e do espaço de falar vivenciados no atendimento.

Observou-se, pelos discursos, que a Terapia Ocupacional foi descrita como: “*É. Amizade, vínculo. São bons. Vida nova, novos amigos. Tem que ser senão não anda pra frente*” (Olho de Gato). A tecnologia leve tem como postura: acolher com humanismo continuamente durante o processo terapêutico, praticar a escuta qualificada e considerar os interesses e as singularidades, melhorar a qualidade do serviço e fazer com que ele funcione não apenas como uma porta de entrada nos serviços de saúde, mas que possibilite a troca de saberes pelo estabelecimento de relações confiáveis que desencadeiam o auto-cuidado consciente em saúde (DA SILVA, 2012).

Esse fato, segundo Campos (2000), aumenta a disposição da pessoa de se cuidar, de se sentir bem, de viver a vida; ela se aceita melhor, se valoriza mais e confia mais nos próprios recursos. “*Eu acho que sem apoio seria até difícil dele sair assim, igual muitas vezes vocês*



*vem e ele tá depressivo, angustiado, muitas vezes ele não fala pra mim o que ele fala pra vocês, ele não se abre pra mim o que ele fala pra vocês. Vocês é diferente a forma dele se expressar, a forma dele se expor, então, o trabalho de vocês aqui foi fundamental” (Ágata).*

A Terapia Ocupacional possibilitou neste contexto um espaço conversacional onde as angústias puderam ser trazidas, identificadas e acolhidas.

## 6 DISCUSSÃO

O sentido atribuído ao atendimento está orientado a partir da ocupação, remuneração e escuta identificados por meio das práticas discursivas que legitimaram as ações sociais ali desenvolvidas. Entendeu-se que esses sentidos representam o reflexo das várias relações estabelecidas socialmente e apresenta as marcas dos aspectos socioculturais e da situação da condição crônica dos pacientes.

A concepção identificada acerca do sentido atribuído ao atendimento domiciliar da Terapia Ocupacional realizado na APS resulta da nomeação da Terapia Ocupacional adjetivando-a como fazer algo, ocupação, troca, aprendizado, força mágica, acolhimento humanizado, importar-se com o outro, gestos positivos, magia que contagia; explicado-a como um local de escuta e de fazer onde acontece o acolher, escutar, apoiar, dar espaço para que se demonstre o que se sente; descrevendo-a como remédio anti-depressivo, ocupação, suporte que intervém em aspectos psíquicos e apoio para o processo de mudança.

Os sentidos atribuídos reforçam a ideia da necessidade de estabelecer uma relação de confiança e respeito em relação ao que está sendo dito. Escutar, com atitude acolhedora é fundamental para o sucesso do tratamento. A postura de olhar o biopsicossocial do sujeito, sua história de vida, seu contexto emocional com todos os aspectos que influenciam e caracterizam o mesmo, a família, seus interesses e as mais diversas áreas que compõem o seu cotidiano, favorecem o atendimento realizado, o serviço, o sujeito e sua família. Entendeu-se que o processo de atendimento terapêutico se apresenta como vínculo que apoia o sujeito, o empodera e o encoraja para a construção de um cotidiano, um viver com saúde ressignificado.

No entanto, é necessário ressaltar que a ocupação vêm ao encontro da dinâmica (de tornar presente, determinar, o ser de um ente pela ocupação). Ou seja, não é por uma vontade consciente, reflexiva, que se determina o ser dos instrumentos na ocupação, ou mesmo a própria ocupação. Pelo contrário, é pelo próprio ato de usar a ocupação que ela é determinada.

Essa dinâmica é pré-reflexiva, é anterior a qualquer teorização. Assim, é pela necessidade de martelar que o martelo se apresentará enquanto tal, e não por uma antecipação do que este seja. “O próprio martelar é que descobre o “manuseio” específico do martelo” (HEIDEGGER, 2006, p.117). Assim, a TO apresenta sentidos a partir de seu manuseio.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que compreender é construir uma percepção, uma concepção acerca de algo. Que ter a concepção é estar disposto para compreender o outro e compartilhar de seus sentimentos, perceber e entender algo. E, que é a maneira pessoal de enxergar, sentir ou compreender, portanto, gerar uma opinião. Entende-se que enxergar a prática da Terapia Ocupacional produzindo sentido no cotidiano das pessoas, por meio de uma ressignificação construída a partir da relação terapêutica desenvolvida, mantida e marcada pelo uso de tecnologias leves, como o acolhimento humanizado, a escuta qualitativa e a aplicabilidade de atividades humanas é o que faz esta profissão possuir a prática cada vez mais reconhecida e necessária, ou seja, importante.

A produção de sentido para a saúde teve (nesta pesquisa) a Estratégia de Saúde da Família como espaço conversacional. Entende-se, que essa construção de sentido representa, por sua vez, o reflexo das várias relações estabelecidas socialmente e apresenta as marcas dos aspectos sócio-culturais que compõe o território adstrito onde as equipes desenvolveram o serviço de atenção primária como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

Verificou-se, que dentro de um processo terapêutico que acontece entre profissional/usuário/familiares/comunidade, onde os atores se permitam e se envolvam no cuidado em saúde, onde a assimilação de papéis e responsabilização individuais no processo desse cuidado se constrói e mantém, é que se pode identificar o quanto os sujeitos atendidos são capazes de nomear, explicar e descrever a terapêutica vivenciada na intervenção. E, assim, passam a compreender a importância que ela pode representar para si e para o todo.

A partir daí, ocorre a compreensão do sentido atribuído ao atendimento domiciliar de Terapia Ocupacional na APS. E, ainda, é possível verificar o quanto os discursos apresentados corroboraram com o que a literatura científica contemporânea ensina acerca da Terapia Ocupacional.

O fato que deve-se dar maior relevância é o de que as pessoas atendidas foram capazes de gerar uma compreensão e que esta produziu um sentido dentro de suas vidas e que, então, esses sujeitos tomaram para si tudo o que foi falado, construído e, principalmente, vivido durante a intervenção. Ressaltando que não cabe, apenas, essa intervenção a qual serviu como foco de pesquisa, mas de todos os contatos que esses indivíduos tiveram ou que possam vir a

ter com a Terapia Ocupacional e que, portanto, estarão envolvidas com a produção de sentidos na vida e em tudo o que possui significância para a pessoa atendida.

Todavia, acredita-se que é necessário, primeiramente, reconhecer a importância da profissão na APS por meio da abertura de concursos públicos para o provimento de vagas de Terapia Ocupacional no NASF. Num segundo momento, que o exercício da profissão esteja vinculado à produção de pesquisas científicas nessa área, potencializando uma prática baseada em evidências, uma vez que isso auxilia o (re) conhecimento social e a abertura de novas oportunidades para a Terapia Ocupacional tanto nas equipes multiprofissionais já atuantes quanto nos serviços de saúde como um todo. E, em um terceiro momento, que melhores condições de trabalhos sejam dadas aos profissionais terapeutas ocupacionais que já fazem parte da APS e que estes recebam investimentos em educação permanente e continuada, supervisão em saúde ocupacional e aquisição de materiais enquanto recursos terapêuticos ocupacionais.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. **Atenção primária e estratégia de saúde da família**. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Fiocruz Hucitec, 2006.

ASCH S.M. et al. **Does the collaborative model improve care for chronic heart failure?** Medical Care, [S.l.: s.n.], Volume 43, Number 7, July, 2005. Disponível em: <[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reprints/2005/RAND\\_RP1173.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reprints/2005/RAND_RP1173.pdf)>. Acesso em: 05 de março de 2014.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada nº11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. [S.l.: s.n.], 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal (1988)**. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010. [S.l.: s.n.], 1998. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_04.02.2010/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sôbre as profissões de. fisioterapeuta e terapeuta. ocupacional, e dá outras providências.**Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, seção I, parte I, de 14 de outubro de 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife: v.3, n.1, p. 113-25, Jan/Mar. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [S.l.: s.n.], 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso: em 25 nov. 2013.

BRASÍLIA . Governo do Distrito Federal. **Administração Regional de Ceilândia – RA IX.** [S.l.: s.n.], [2010]. Disponível em: <<http://www.ceilandia.df.gov.br/>>. Acesso em : 25 nov. 2013.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. [S.l.: s.n.], [2010]. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.124, de 24 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. [S.l.: s.n.], 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.527 de 27 de outubro de 2011.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [S.l.: s.n.], 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html)>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BUENO, S. **Minidicionário da Língua Portuguesa.** 2.ed. São Paulo, FTD, 2007.

BULGARELLI, A. F.(Orgs.). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

CAMPOS, E. P. **Grupos de suporte.** In J. Mello Filho (Ed.). Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 117-130, 2000.

CAVALCANTI, Alessandra. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.

CAVALCANTI, A. et al. **Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo**. Tradução: Daniel Gustavo de Sousa Carleto. 2ª ed. Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba – MG, v.3. n.2, p. 57-147, jul/dez. 2010. Disponível em: <  
<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/150/177>>. Acesso em: 05 março. 2014.

CECAGNO, S.; DE SOUZA, M. D.; JARDIM, V. M. da R. **Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença**. Maringá. Acta Scientiarum. Health Sciences, v. 26, no. 1, p. 107-112, 2004.

COFFITO. Resolução nº 407 de 18 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências. [S.l.: s.n.], 2011. Disponível em: <  
[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=2137&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2137&psecao=9)>. Acesso em: 05 março. 2014.

COFFITO. **Terapia Ocupacional / Formação Profissional**. [1975]. Disponível em: <  
[http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=49](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=49)>. Acesso em: 10 março. 2014.

CONILL, E. M. **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**. Caderno de Saúde Pública [S.l.: s.n.], v.24, 2008. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 10 março. 2014.

CORRÊA, S. E.; SEDREZ; Da S., DERIVAN, B. **Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer**. Revista. Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [S.l.: s.n.] 2009. Disponível em: <  
[http://www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n3/pdf/revisao.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n3/pdf/revisao.pdf)>. Acesso em: 05 março de 2014.

DAWSON, J. The Internationalization of Retailing Operations. [S.l.] Journal of Marketing Management, v. 10, n. 4, 1994.

DA SILVA, R. C. **Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos**. Ciência & Saúde Coletiva. [S.l.: s.n.], 2012. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/16.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2014.

DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C. (org). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo, Plexus, 2001

DONALDSON, S.M. et al. **Primary Care: America's Health in a New Era**. Institute of Medicine, Division of Health Care Services. Committee on the Future of Primary Care. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996.

FRANCISCO, B. R. **Terapia ocupacional**. 2.ed. Campinas: Papirus, 2001.

GALHEIGO, S. M. O. **Cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. [S.l.: s.n], v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 05 de março de 2014.

GALLASSI, A. D. et al. **Terapia ocupacional na abordagem de pessoas em tratamento por anorexia nervosa**. Saúde (Santa Maria). [S.l.: s.n], v.39, n.2, p.23-34, 2013. Disponível em: <[http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/download/9058/pdf\\_1](http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/download/9058/pdf_1)>. Acesso em: 05 de março de 2014.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. [S.l.], Fundação Osvaldo Cruz, 2012. p. 32. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: 05 maio. 2014.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 2006. 598 p.

LACERDA, M. R. et al. **Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática**. Saúde e Sociedade. [S.l.: s.n.], v.15, n.2, p.88-95, maio-ago 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09>>. Acesso em: 05 de março de 2014.

LIMA, E. M. F. A.; PASTORE, M. N.; OKUMA, D. G. **As atividades no campo da Terapia Ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 68-75, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14122/15940>>. Acesso em: 05 de março de 2014.

LAGO, E. R. L.; CRUZ, R. B. **Atencion primária de Salud y medicina general integral**. Temas de medicina general integral. [S.l.: s.n.], vol 1, Salud y medicina. Havana Editorial



Ciencias Médicas, p. 7-208, 2001. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09>>. Acesso em: 05 de março de 2014.

LORETTA, S. **A importância da assistência domiciliar no atual cenário da saúde.** Prata da Casa, 2: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida. Internações Domiciliares Grupo MAIS. São Paulo: Oboré, 2009.

MACEDO, M. M.; FALCAO, C. N. de B. **A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta.** São Paulo: Psychê, Ano IX, nº 15, p. 65-76, jan-jun/2005. Disponível em:  
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v9n15/v9n15a06.pdf>>. Acesso em: 05 de março de 2014.

MÂNGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F.; HIDALGO, V. C. **Acolhimento: uma postura, uma estratégia.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, [s.n.], v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13890/15708>>. Acesso em: 15 de março de 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 05 de março de 2014.

MERHY EE. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Praxis em salud: un desafio para lo público. São Paulo (SP) : Editora Hucitec; 1997.

MINAYO, M. C. de S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Rio de Janeiro: Ciência Saúde coletiva, [s.n.], v. 17, n. 3, mar/2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2014.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, [s.n.], v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atencion Primária de Salud.** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, Rússia/Brasília, Unicef, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde. Atenção primária de Saúde. Agora mais do que nunca.** [S.l.: s.n], 2008.

PANGU, K. A. **Health workers' motivation in decentralised settings: waiting for better times?** In: FERRINHO, P.; VAN LERBERGHE, W. Providing health care under adverse conditions: health personnel performance and individual coping strategies. Antwerp, ITG Press, p. 19–30, 2000.

PAPALIA, D. E. **Psicologia do desenvolvimento humano.** Rio Grande do Sul, Artemed, 2006.

PINHEIRO, O. G. **Entrevista: uma prática discursiva.** In: Práticas discursivas e produção de sentidos no Cotidiano – aproximação teórica e metodológica. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2004.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. **Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal.** Psicologia Reflexiva Crítica, Porto Alegre, [s.n.], v. 14, n. 1, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5219.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2014.

REIS, F.; Vieira, A.C.V.C. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. Caderno de Terapia Ocupacional. São Carlos, UFSCar, v. 21, n. 2, p. 351-360, 2013. Disponível em: < <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/821/446>>. Acesso em: 10 março. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde. **Guia de Legislações do SUS e Controle Social.** SÃO PAULO, [s.n.], 2010. Disponível em: < [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/acesso-rapido/cartilhas-aos-conselheiros/cartilha\\_principais\\_legislacoes.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/acesso-rapido/cartilhas-aos-conselheiros/cartilha_principais_legislacoes.pdf)>. Acesso em: 05 maio. 2014.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teórica e metodológica.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

STARFELD, B. **Primary Care. Balancing health needs, services, and technology.** Oxford: Oxford University Press, 1998.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F; COSTA, E. A. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas.** Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

TAKATORI, M. **A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano.** Mundo saúde. [S.l.: s.n.], p.371-377, out.-dez. 2001. Disponível em: <  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=300809&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 março. 2014.

THIRY-CHERQUES, H. R. **Saturação em Pesquisa Qualitativa: estimativa Empírica de Dimensionamento.** Af Revista PMKT [S.l.: s.n.], p.20-27, set/2009. Disponível em: <  
[http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista\\_PMKT\\_003\\_02.pdf](http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf)>. Acesso em: 10 março. 2014.

TOMASI, A. R. P.; Rizzotto, M. L. F. **Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 427-436, jul/set 2013. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a06v37n98.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2014.

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE PESQUISA: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.

Questão 1: O que te lembra Terapia Ocupacional?

Questão 2: O que você pensa do atendimento domiciliar ofertado pela Terapia Ocupacional?

Questão 3: O que a intervenção da Terapia Ocupacional representa no seu cotidiano?

Questão 4: Como você define o atendimento de Terapia Ocupacional?

APÊNDICE 2 – NOME E SIGNIFICADO DAS PEDRAS ESCOLHIDAS PARA NOMEAR OS ENTREVISTADOS.

Ágata: proteção, amizade, justiça e vitalidade.



Calcedônia: paz e serenidade.

Jade Branco: paz, clareza de ideias e pensamentos.

Laca: doação e caridade.

Olho de Gato: determinação e coragem.

## ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

 <p>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal</p>	<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF</p>	
--	--	---

<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>
---------------------------------------

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A DOR QUE FALA, A DOR QUE CALA: SENTIDOS E FORMAS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM USUÁRIOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CEILÂNDIA – DISTRITO FEDERAL

**Pesquisador:** JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

**Instituição Proponente:** Hospital Regional de Ceilândia

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 14358213.5.0000.5553

**Patrocinador principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 349.558

**Data da Relatoria:** 19/08/2013

**Apresentação do Projeto:** Sem alterações.

**Objetivo da Pesquisa:** Sem alterações.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Sem alterações

<b>Endereço:</b> SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	
<b>Bairro:</b> ASA NORTE	<b>CEP:</b> 70.710-904
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3325-4955 <b>Fax:</b> (33)3325-4955 <b>E-mail:</b> comitedeetica.secretaria@gmail.com	

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora apresenta emenda abaixo descrita e justificada: “A dor que fala, a dor que cala: sentidos e formas do sofrimento psíquico em usuários atendidos pela equipe de saúde da família em Ceilândia – Distrito Federal

Pesquisa: Josenaide Engracia dos Santos

**III. MATERIAL E MÉTODO.**

Acrescentar a pesquisa à observação participante. Observação participante junto aos atendimentos. A técnica facilita as outras técnicas de coleta, como a entrevista que já foi aprovada pelo comitê, reduz reações adversas, bem como, é útil para compreender processos, eventos e relações no contexto pesquisado. Os centros de saúde definido na pesquisa. A pesquisa aprovada pelo comitê prevê preenchimento de formulário em consulta, a observação participante será utilizada para uma maior consistência de dados que naturalmente estão postos no atendimento.

Continuação do Parecer: 349.558

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados e considerados adequados.

**Recomendações:**

Apresentar Relatório Final ao término do Projeto, através da Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda Aprovada

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 05 de Agosto de 2013

---

**Assinado por:**  
**Luiz Fernando Galvão Salinas**  
**(Coordenador)**

<b>Endereço:</b> SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	
<b>Bairro:</b> ASA NORTE	<b>CEP:</b> 70.710-904
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3325-4955	<b>Fax:</b> (33)3325-4955 <b>E-mail:</b> comitedeetica.secretaria@gmail.com

## ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto:

---

Pesquisador Responsável:

---

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:

---

Telefones para contato: (\_\_) \_\_\_\_\_ - (\_\_) \_\_\_\_\_ - (\_\_) \_\_\_\_\_

Nome do voluntário:

---

Idade: \_\_\_\_\_ anos

R.G. \_\_\_\_\_

Responsável legal (quando for o caso):

---

R.G. Responsável legal: \_\_\_\_\_

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “ \_\_\_\_\_ ”  
(nome do projeto), de responsabilidade do pesquisador \_\_\_\_\_ (nome).

**Especificar, a seguir, cada um dos itens abaixo, em forma de texto contínuo, usando linguagem acessível à compreensão dos interessados, independentemente de seu grau de instrução:**

- Justificativas e objetivos
- descrição detalhada dos métodos (no caso de entrevistas, explicitar se serão obtidas cópias gravadas e/ou imagens)
- desconfortos e riscos associados
- benefícios esperados (para o voluntário ou para a comunidade)
- explicar como o voluntário deve proceder para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual
- esclarecer que a participação é voluntária e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento



- garantir a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa
- explicitar os métodos alternativos para tratamento, quando houver
- esclarecer as formas de minimização dos riscos associados (quando for o caso)
- possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo (quando for o caso)
- nos casos de ensaios clínicos, assegurar - por parte do patrocinador, instituição, pesquisador ou promotor - o acesso ao medicamento em teste, caso se comprove sua superioridade em relação ao tratamento convencional
- valores e formas de ressarcimento de gastos inerentes à participação do voluntário no protocolo de pesquisa (transporte e alimentação), quando for o caso
- formas de indenização (reparação a danos imediatos ou tardios) e o seu responsável, quando for o caso

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

***Ou***

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG nº \_\_\_\_\_, responsável legal por  
 \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_  
 declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Nome e assinatura do paciente ou seu  
 responsável legal

\_\_\_\_\_  
 Nome e assinatura do responsável por  
 obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
 Testemunha

\_\_\_\_\_  
 Testemunha

**Informações relevantes ao pesquisador responsável:**

**Res. 196/96 – item IV.2:** O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

**Res. 196/96 – item IV.3:**

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

**Casos especiais de consentimento:**

1. Pacientes menores de 16 anos – deverá ser dado por um dos pais ou, na inexistência destes, pelo parente mais próximo ou responsável legal;
2. Paciente maior de 16 e menor de 18 anos – com a assistência de um dos pais ou responsável;
3. Paciente e/ou responsável analfabeto – o presente documento deverá ser lido em voz alta para o paciente e seu responsável na presença de duas testemunhas, que firmarão também o documento;
4. Paciente deficiente mental incapaz de manifestação de vontade – suprimento necessário da manifestação de vontade por seu representante legal.