



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA

FLAVIA CARVALHO GOMES

**AÇÕES DE REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

BRASÍLIA  
2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA

FLAVIA CARVALHO GOMES

AÇÕES DE REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
UMA REVISÃO DE LITERATURA

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.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Grasielle Silveira Tavares  
Paulin.

BRASÍLIA  
2014

FLAVIA CARVALHO GOMES

AÇÕES DE REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
UMA REVISÃO DE LITERATURA

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.

**BANCA EXAMINADORA (Data: 27/11/2014)**

---

Profª Drª Grasielle Silveira Tavares Paulin

**(Orientadora – Membro Interno – Terapia Ocupacional UnB - FCE)**

---

Profª Drª Paula Giovana Furlan

**(Membro Interno – Terapia Ocupacional UnB - FCE)**

*“Ser terapeuta ocupacional é acreditar que todas as pessoas são capazes, independente de sua condição. É olhar o ser humano como alguém que se constrói e se transforma pela sua ação significativa, consciente, em um contexto social, histórico e cultural. Ser terapeuta ocupacional é estudar profundamente a ação humana nos diversos momentos da vida e desenvolver estratégias para que cada pessoa possa tomar posse do seu fazer, a partir de seus desejos, expectativas e necessidades.”*

*(Celina Bartallotti)*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pois Ele é quem me guia e me fortalece.

Agradeço, também, a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial, à professora Grasielle Tavares Paulin, responsável por me acompanhar na realização deste trabalho, obrigada pela paciência na orientação e aos seus incentivos que tornaram possível a conclusão desta monografia e à professora Paula Giovana Furlan por ter aceito o convite para compor a banca e acrescentar muito mais ao trabalho.

Tenho que agradecer as amigas que construí na universidade e as levo com muito carinho até hoje, com vocês meu tempo de graduação se tornou mais leve e divertido, em especial Hellayne, Estela e Gabriela, muito obrigada!

Dedico esta conquista a minha família que sempre me apoiou, minha mãe Rosimere e meu padrasto Weber, meus irmãos Bárbara, Vanessa e Davi, e a minha sobrinha Camila por me aturar em todos os momentos. Dedico aos meus avôs, Sueli e Thomaz, por todo o amor e dedicação que sempre tiveram comigo. Em especial, dedico ao meu pai Wellington, que tenho certeza que lá de cima ele sempre me enviou forças e nesse momento deve estar comemorando comigo. Amo vocês!

E o que dizer do meu namorado? Thiago, agradeço por todo apoio e incentivo, os puxões de orelha e o carinho recebido depois de tardes e noites fazendo meu trabalho, seu incentivo foi essencial, te amo!

Hoje posso dizer que valeu a pena todo o esforço, pois sei que em breve irei colher frutos de todo o meu empenho.

## LISTA DE SIGLAS

|        |  |
|--------|--|
| AB     | Atenção Básica                                   |
| AVD    | Atividade de Vida Diária                         |
| BVS    | Biblioteca Virtual em Saúde                      |
| ESF    | Estratégia Saúde da Família                      |
| LILACS | Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde |
| NASF   | Núcleo de Apoio à Saúde da Família               |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde                     |
| ONU    | Organização das Nações Unidas                    |
| PSF    | Programa Saúde da Família                        |
| PTS    | Projeto Terapêutico Singular                     |
| RBC    | Reabilitação Baseada na Comunidade               |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                           |
| TO     | Terapia Ocupacional                              |
| UBS    | Unidade Básica de Saúde                          |

## RESUMO

**Introdução:** as ações de reabilitação de terapia ocupacional (TO) na atenção básica (AB) agem como uma estratégia que pode contribuir para a implantação da convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e da legislação nacional inclusiva, o que, conseqüentemente, pode apoiar no desenvolvimento inclusivo baseado na comunidade.

**Objetivos:** analisar ações de reabilitação do terapeuta ocupacional na AB; conhecer as experiências de reabilitação dos profissionais da terapia ocupacional no âmbito da AB; identificar os enfoques presentes nas produções brasileiras sobre a reabilitação na AB.

**Metodologia:** trata-se de um estudo de natureza qualitativa que através de revisão narrativa faz uma análise exploratória sobre os temas: reabilitação, atenção básica e TO. Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde e busca em periódicos de TO, utilizando dois descritores, sendo eles: atenção básica e reabilitação. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin do tipo categorial. **Resultados e discussão:** foram selecionados 17 artigos de acordo com os critérios de inclusão e encontradas quatro categorias: necessidades, materiais e infraestrutura, experiências e olhares de profissionais de terapia TO sobre reabilitação na atenção básica; fotografando o contexto: necessidades de cuidado pelo olhar dos usuários e políticas, modelos e ações de reabilitação no território. Verificou-se que as ações do terapeuta ocupacional na AB ocorrem em diversos espaços como: na própria unidade básica de saúde, no domicílio ou em espaços dentro da própria comunidade, cuidando de forma individual, grupal, da família e de todos que estão em volta da pessoa com deficiência. Em muitas produções esteve presente o enfoque na atenção domiciliar para equiparar as oportunidades para as pessoas com deficiência e diminuir o isolamento doméstico, e destacou-se, também, a necessidade de cuidado ao cuidador da pessoa com deficiência e a dificuldade de acesso destas pessoas à educação, saúde, trabalho e oportunidades sociais na comunidade. **Considerações finais:** verificou-se que a experiência de inserir ações de reabilitação na AB foi algo eficaz que atingiu pessoas com deficiência que são constantemente excluídas, assim a equipe de reabilitação mudou sua forma de atendimento de acordo com a demanda da comunidade, sendo priorizadas pelo risco e vulnerabilidade e não mais de acordo com a especialidade, apoiando-se na utilização de tecnologias leves, ouvindo e priorizando as decisões de acordo com as necessidades do usuário.

**Palavras-chave:** Reabilitação. Atenção Básica. Terapia Ocupacional.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>8</b>  |
| 1.1 Atenção Primária à Saúde/ Básica de Saúde .....  | 9         |
| 1.2 Reabilitação Baseada na Comunidade .....   | 11        |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>   | <b>15</b> |
| 2.1 Geral .....  | 15        |
| 2.2 Específicos.....   | 15        |
| <b>3. METODOLOGIA .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>18</b> |
| 4.1 Necessidades, materiais e infraestrutura para as práticas de reabilitação na<br>atenção básica.....          | 24        |
| 4.2 Experiências e olhares de profissionais de terapia ocupacional sobre<br>reabilitação na atenção básica ..... | 26        |
| 4.3 Fotografando o contexto: necessidades de cuidado pelo olhar dos usuários ..                                  | 32        |
| 4.4 Políticas, modelos e ações de reabilitação no território .....   | 36        |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>40</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>42</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

No ano de 1978 ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que resultou na Declaração de Alma Ata que propôs que a Atenção Básica (AB) fosse a porta de entrada do sistema de saúde, sendo de acesso a toda população e realizando o primeiro contato entre o usuário e o serviço. Também foi proposta a longitudinalidade, caracterizada como a criação de vínculo com o usuário, através do acompanhamento e cuidado, a integralidade definida como o cuidado em todos os níveis de atenção, conhecendo o processo saúde/doença e coordenando os cuidados de forma correta, buscando sempre a melhor solução para as demandas dos usuários (ROCHA; SOUZA, 2011).

A Declaração de Alma Ata foi a primeira declaração internacional a defender os cuidados primários como foco principal para atingir uma meta proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a de “saúde para todos”, e logo após a OMS criou a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), no final da década de 70, e teve como objetivo proporcionar serviços de atenção básica e reabilitação para grupos mais vulneráveis, que inclui mulheres, deficiências múltiplas, severas, transtornos mentais, hiv, pobres, principalmente em países em desenvolvimento econômico. O conceito que as pessoas tinham acerca da deficiência tem evoluído ao longo dos últimos anos, no entanto, ainda necessita de discussões constantes.

É difícil quantificar o número de pessoas que vivem com alguma deficiência atualmente, pois existem vários tipos de deficiência e vários fatores que contribuem para esse aumento, como o crescimento e envelhecimento da população e os avanços da medicina que tem a capacidade de prolongar a vida. Segundo a cartilha de diretrizes da RBC estima-se que 10% da população mundial viva com alguma deficiência e a maioria dessa porcentagem viva em condição de pobreza, esse grupo é mais vulnerável e com menos autonomia, devido a isso sofrem com a discriminação e o estigma colocado pela comunidade, tendo acesso limitado a oportunidades de saúde, emprego e educação (OMS, 2010).

Outro fator que está muito ligado à deficiência é a pobreza, ela é tanto causa como consequência, pois quando a pessoa é pobre fica mais susceptível a adquirir alguma deficiência e quem já tem alguma deficiência tem mais chances de ficar pobre, pela dificuldade ou incapacidade de trabalhar, e, conseqüentemente, a necessidade de ter um cuidador para auxiliar nas atividades diárias, e, muitas vezes, esse cuidador, também, é privado de trabalhar, assim, dificultando mais ainda a vida da família que tem um membro com deficiência. Um dos objetivos da RBC é reduzir a pobreza, garantindo além de saúde,

educação e oportunidade de sustento para as pessoas com deficiência, para que isso ocorra de forma satisfatória é primordial a participação de toda a comunidade em todos os estágios da RBC, desde o planejamento e implantação, até o monitoramento (OMS, 2010).

São diversos os desafios enfrentados para as pessoas com deficiência disfrutarem do seu direito à saúde. Evidências mostram que as pessoas com deficiência têm piores níveis de saúde do que a população em geral, enquanto deveria ser o contrário ou pelo menos igual, já que essa população necessita de maiores cuidados e uma atenção especial. E quando se fala em direito à saúde não é restrito, apenas, ao acesso aos serviços de saúde, mas envolve todos os determinantes para se viver de forma digna, como água potável, saneamento básico e habitação adequada.

O conceito chave da palavra reabilitação traz a ideia de ajudar as pessoas que experimentaram uma perda de função como resultado de alguma doença ou lesão e precisam reaprender a realizar diversas atividades para recuperar o máximo de funcionalidade e autonomia, atingindo tanto aqueles que adquiriram a deficiência ao longo da vida como os que já nasceram com a deficiência. Os serviços variam de básicos a especializados e são fornecidos nos mais diversos locais, como hospitais, clínicas, residências ou ambientes comunitários.

Neste trabalho nos propomos a realizar uma revisão na literatura acadêmica brasileira sobre as produções que registram ações de reabilitação na AB.

### **1.1 A Atenção Primária à Saúde /Básica de Saúde**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apresentada em 2006 pelo Ministério da Saúde e atualizada através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde termos equivalentes (GIOVANELLA, 2008).

Após a Constituição Federal Brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi apresentado como política pública, como forma de organizar as ações em saúde, colocando a saúde como direito social, universal e gratuito. As diretrizes e princípios do SUS são utilizados em todos os programas que atuam na saúde, tanto no planejamento, quanto na implementação, principalmente, na AB (JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008).

Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, sendo em 2006

transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), a atenção básica se constituiu como primeiro contato, como foi proposto em alma ata, devendo ofertar serviços e ações capazes de interferir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde da população, capaz de articular ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, devendo, assim, compor saberes e práticas interdisciplinares.

Para Giovanella (2009), a AB surge como estratégia para organizar o sistema de saúde e ajudar a população de acordo com suas necessidades, lembrando que para promover saúde é preciso colocá-la como um direito social. Se a AB for organizada e executada de forma satisfatória irá gerar impactos positivos para a população contribuindo para a efetividade do sistema.

Beirão e Alves (2010, p.239), colocam que a atenção básica é o “nível de atenção caracterizado por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenindo agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. Duas portarias incluem atuação do terapeuta ocupacional na atenção básica, que são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Atenção à Pessoa com Deficiência Visual.

As políticas públicas atuais deixam a desejar no quesito ao direito básico a saúde e reabilitação, as instituições atuais são insuficientes para a demanda e as ações de reabilitação são essenciais para desenvolver o potencial de cada um. Aproximar a reabilitação com a comunidade é um objetivo que pode ser alcançado pela AB ou pelas ações do projeto de Reabilitação Baseada na Comunidade, que vem para perceber e atuar nas reais necessidades de pessoas que necessitam de reabilitação (ALMEIDA; CAMPOS, 2002).

A atuação do terapeuta ocupacional na AB ocorre desde 1990 com atuação em equipes de Unidade Básicas de Saúde (UBS), prestando atendimento a pessoas com deficiências e incapacidades e outros problemas de saúde, “embora na portaria do NASF a profissão seja citada somente nas práticas de saúde mental, assim se faz necessárias alterações para incluir esse profissional nas ações de reabilitação” (ROCHA; SOUZA, 2011, P.37). Lancman e Barros (2001) falam da atuação do terapeuta ocupacional tanto na área de saúde mental como reabilitação e da necessidade do NASF, que surge para aumentar as ações da AB, assim necessita contar com profissionais com conhecimentos mais gerais por terem que atuar em diversas situações.

O terapeuta ocupacional é um profissional que atua na promoção, prevenção, proteção e recuperação, atuando na atenção básica com intuito de educar, reabilitar e promover a inclusão social dos usuários, ele se aproxima da comunidade conquistando a confiança e acolhendo toda a população, assim, estabelece vínculos para ampliar seu espaço de atuação, utilizando de tecnologias leves (LIMA; FALCÃO, 2014).

A atuação do terapeuta ocupacional na AB garante os princípios propostos pelo SUS, já que sua atuação é pautada no processo saúde/doença e considera fatores sociais, territoriais, biológicos e psicológicos dos usuários e de toda a comunidade (ROCHA; SOUZA, 2011).

Segundo a OMS, 10% da população mundial apresenta algum tipo de deficiência e apenas 2% conseguem algum tipo de atendimento de reabilitação (ALMEIDA; TISSI; OLIVER, 2000, apud, OTHERO; DALMASO, 2009).

Para Rocha e Souza (2011) a reabilitação objetiva reduzir as incapacidades e deficiências das pessoas e reinseri-las na participação social e esses objetivos podem ser atingidos através de ações clínicas, preventivas, educativas ou articuladas com outros setores. E de acordo com Rocha e Kretzer (2009) trabalhar reabilitação na AB contribui para que as ações de saúde ocorram de forma integral e humanizada, garantindo a comunidade que necessita de reabilitação seus direitos assegurados pelo SUS, aumentando assim a qualidade de vida.

## **1.2 Reabilitação Baseada na Comunidade**

A Reabilitação Baseada na Comunidade foi criada pela OMS logo após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e a Declaração de Alma Ata realizadas em 1978. A RBC é uma estratégia para igualdade de oportunidades e integração social para pessoas com deficiências em países em desenvolvimento econômico, fazendo melhor uso dos recursos da comunidade local. Através da colaboração de outras organizações, como das nações unidas, organizações não governamentais e organizações de pessoas com deficiência, a RBC passou de uma estratégia multissetorial para abordar necessidades mais amplas das pessoas com alguma deficiência, garantindo, assim, a inclusão na sociedade, participação comunitária, aumentando, conseqüentemente, a qualidade de vida (OMS, 2010).

Em sua tese de doutorado, Almeida (2000) faz uma extensa revisão de literatura e coloca como objetivo central das ações de RBC o de conceder as necessidades das pessoas

com deficiência, utilizando materiais e participação social da própria comunidade em que vivem. Transferindo o poder e a responsabilidade às comunidades, para que elas possam dar mais atenção aos membros com deficiência e integrá-los na comunidade.

No ano de 1989, a OMS publicou um manual de treinamento na comunidade para pessoas com deficiência, que serviu como guia e suporte aos programas de RBC. As atividades de RBC são desenvolvidas para atender necessidades básicas de pessoas com deficiência, reduzir a situação de pobreza, dar acesso à educação, saúde e aumentar as oportunidades sociais da comunidade. Esse manual tem como intuito expor aos líderes de cada comunidade que as pessoas com deficiência podem ter relações sociais e ter acesso às oportunidades que outros cidadãos têm no território (ALMEIDA, 2000).

No ano de 2003, a RBC foi reposicionada como uma estratégia que traz oportunidades, incluindo socialmente pessoas com deficiência e reduzindo a pobreza. Neste ano, a OMS e a Organização das Nações Unidas (ONU) tiveram uma conferência internacional para revisar a RBC e colocaram como necessidade dos programas de RBC, reduzir a pobreza, promover envolvimento de toda a comunidade, fortalecendo a colaboração de diversos setores, aprimorar os programas e promover práticas fundamentadas. Em 2004, foi desenvolvida uma matriz para que todos os programas de RBC apresentem uma mesma estrutura, consistindo em saúde, educação, subsistência, social e empoderamento. Já em 2006 ocorreu a convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência através da assembleia geral da ONU, com o propósito de garantir acessibilidade, educação, saúde, emprego, reabilitação e mobilidade pessoal. Os programas de RBC podem crescer muito e, atualmente, estão em mais de 90 países. (OMS, 2010).

Para se desenvolver abordagens baseadas na comunidade é preciso que os legisladores se envolvam com a comunidade, assim, planejem em conjunto as melhorias a serem implantadas, sempre respeitando os direitos humanos que são os que estabelecem padrões a toda comunidade e são fundamentais para que haja desenvolvimento.

As diretrizes da RBC a promovem como uma estratégia que pode contribuir para a implantação da convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e da legislação nacional inclusiva de pessoas com deficiências que, conseqüentemente, pode apoiar o desenvolvimento inclusivo baseado na comunidade. O foco principal das diretrizes é proporcionar uma visão geral básica dos principais conceitos, identificando metas e os

resultados dos programas de RBC e sugerir novos programas para atingir as metas, mas é bom se atentar que as diretrizes não podem se tornar roteiro nem guias passo a passo (OMS, 2010).

Os princípios da RBC foram baseados nos princípios da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, que são eles: a não discriminação, o respeito pela dignidade e liberdade de fazer as próprias escolhas, participação e inclusão na sociedade, respeito pela diferença, acessibilidade, igualdade de oportunidades e respeito pelo desenvolvimento de crianças com deficiência. E a missão do programa nacional de RBC, segundo a cartilha de diretrizes é:

Dar autonomia às pessoas com deficiência, às suas famílias e comunidades, independente de casta, cor, credo, religião, gênero, idade, tipo ou causa da deficiência através da conscientização, inclusão e redução da pobreza, eliminação de estigmas, atendendo às necessidades básicas e facilitando o acesso à saúde, educação e oportunidades de sustento (OMS, 2010, p.26).

As atividades chaves do programa são 1) treinar família e comunidade quanto ao uso do manual de RBC; 2) oferecer assistência educacional, facilitando a educação inclusiva e melhorando a acessibilidade; 3) fazer os encaminhamentos aos serviços especializados; 4) fornecer dispositivos assistivos; 5) criar oportunidade de trabalho, capacitação ou, até mesmo, apoio financeiro para as atividades que geram renda e 6) fornecer suporte para atividades sociais, educação ou modificação da residência. E a matriz que engloba as ações de RBC envolve saúde, educação, subsistência, social e empoderamento (OMS, 2010).

As primeiras experiências de RBC mostram a importância de haver participação e mobilização de recursos locais para que toda a comunidade assuma alguma tarefa, seja ela educativa ou assistencial (OLIVER *et al.*, 2004).

Um fator muito importante durante a execução das ações de RBC e que faz parte do cotidiano de atuação do terapeuta ocupacional é o atendimento centrado na pessoa, levando sempre em consideração as preferências do paciente e os fatores sociais que o cercam, portanto, para traçar planos de reabilitação é importante ter a opinião da pessoa para obter sucesso na intervenção.

As ações em reabilitação recebem diversos nomes, dependendo do autor, como reabilitação no território, reabilitação comunitária ou reabilitação baseada na comunidade. Independente do nome que leva as abordagens para que ocorra o desenvolvimento baseada na comunidade deve prezar pelo envolvimento de toda a comunidade, representando todos os

estágios do processo, como o planejamento, implantação e monitoramento.

Este trabalho apresenta uma revisão de literatura sobre as ações de reabilitação na AB, com o objetivo de analisar os principais enfoques que a literatura apresenta sobre reabilitação, atenção básica e terapia ocupacional (TO).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar as ações de reabilitação da terapia ocupacional na atenção básica, através de revisão de literatura.

### **2.2 Específicos**

- Conhecer as experiências de reabilitação dos profissionais da terapia ocupacional no âmbito da atenção básica.
- Identificar os enfoques presentes nas produções brasileiras sobre a reabilitação na atenção básica.

### 3. METODOLOGIA

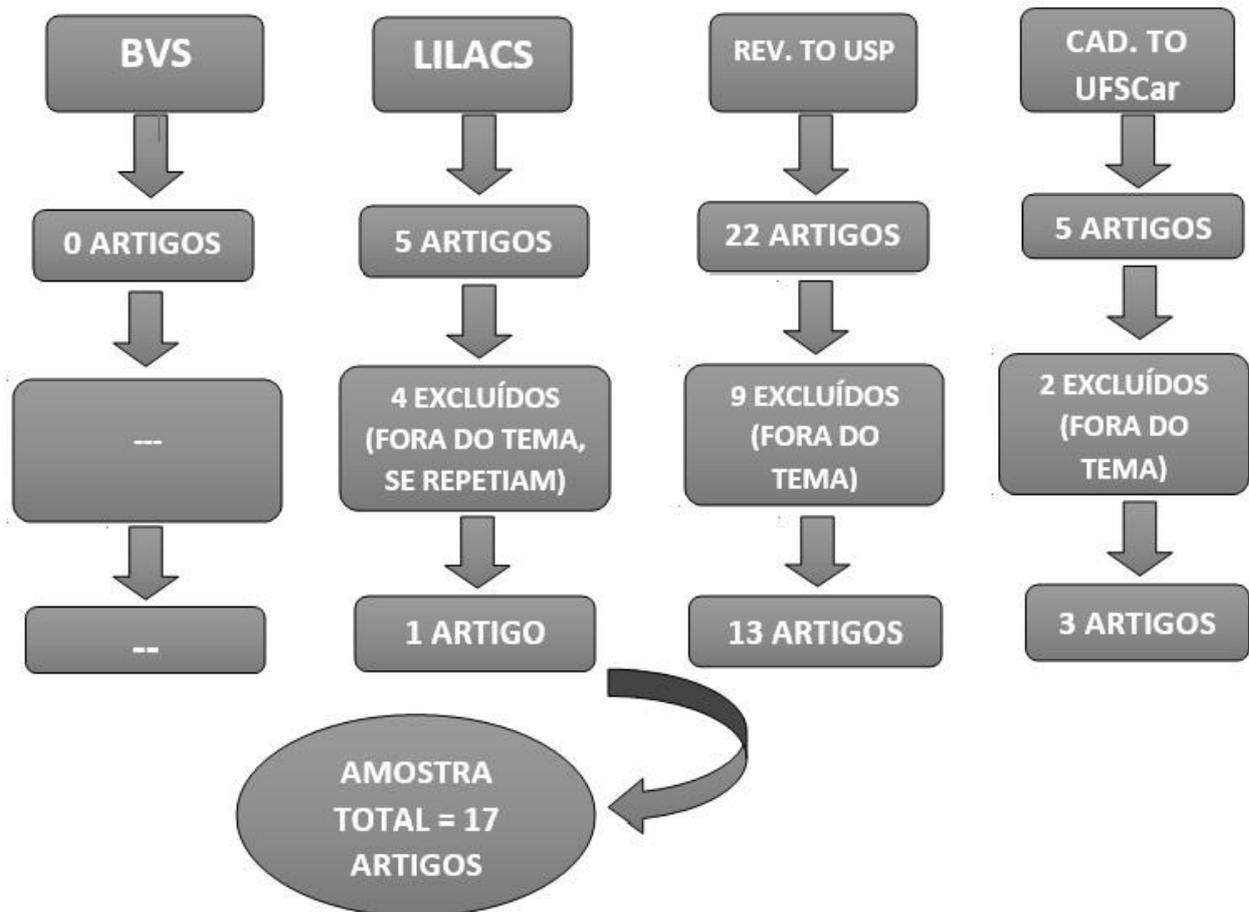
O percurso metodológico desta investigação privilegia uma abordagem qualitativa que possibilita através de uma revisão narrativa de artigos científicos presentes na literatura brasileira uma análise exploratória sobre os temas: reabilitação, atenção básica e terapia ocupacional.

Cabe ressaltar que a revisão de literatura não é mera repetição de informações do que já foi escrito sobre um assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões que podem ser inovadoras (MARCONI & LAKATOS, 2005). Neste estudo optou-se por uma revisão de literatura narrativa que “visa a uma compreensão ampliada sobre o campo de estudos considerado” (ROTHER, 2007).

A revisão foi realizada por meio da base das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e busca em Periódicos Eletrônicos de Terapia Ocupacional (Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP) e Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)). A escolha justifica-se por tratarem-se de duas importantes fontes abertas de literatura científica da profissão.

A busca pelos artigos foi realizada no mês de maio de 2014. Utilizou-se o formulário básico de busca, com os descritores: atenção básica, reabilitação e terapia ocupacional. Foram incluídos artigos nacionais em língua portuguesa, publicados no período de janeiro de 2002 a janeiro de 2014, textos completos que tivessem foco na temática da reabilitação, atenção básica e terapia ocupacional e entre seus autores pelo menos um terapeuta ocupacional. Os artigos que não atenderam estes critérios foram excluídos do estudo.

**Figura 1** – Fluxograma da busca bibliográfica.



**Fonte:** produção da própria autora.

A organização dos dados foi feita por meio de leitura reiterada dos 17 artigos selecionados e de sua sistematização em um instrumento específico criado pela autora, que apresentava a caracterização geral dos artigos (título, autor, ano de publicação, base de dados e metodologia) e relativa ao conteúdo, (“objetivos do estudo” e “principais resultados e pontos discutidos/abordados”), o que possibilitou uma síntese geral.

A análise dos dados de caracterização geral foi feita de forma descritiva e para a análise em relação ao conteúdo a técnica utilizada foi a Análise de Conteúdo de Bardin do tipo categorial que se trata da divisão do texto em unidades e/ou categorias com o objetivo de comparar as variáveis das características dos conteúdos abordados (BARDIN, 2004).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos artigos analisados (n=17), contou-se com 7 estudos qualitativos (AOKI; OLIVER, 2013; ALMEIDA; CAMPOS, 2002; SOUZA; ROCHA, 2010; FERREIRA; OLIVER, 2010; JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008; ANTUNES; ROCHA, 2011; BERTAGNONI; MARQUES; MURAMOTO; MÂNGIA, 2012), 1 quantitativo (LIMA; FALCÃO, 2014), 2 descritivos (SOUZA; PIMENTEL, 2012; HO; OLIVER, 2005), 2 pesquisas de campo (ROCHA; KRETZER, 2009; SIEGMAN; PINHEIRO; ALMEIDA, 2002), 2 relatos de experiência (PIMENTEL; COSTA; SOUZA, 2011; OLIVER; AOKI; TISSI; NICOLAU, 2003), 2 revisões bibliográficas (RAFACHO; OLIVER, 2010; ROCHA; SOUZA, 2011) e 1 análise documental (LANCMAN; BARROS, 2011). Todos os artigos foram publicados em português e com trabalhos relativamente novos, com publicações a partir do ano de 2002 até 2014. Não foi identificada, nos bancos de dados pesquisados, nenhuma publicação nos anos de 2004, 2006 e 2007. O número de publicações começou a crescer em 2010, com três publicações, mostrando maior interesse em temas sobre a atenção básica e as ações de reabilitação. E o ano de 2011 contou com quatro publicações, sendo o ano de maior produção.

Entre os autores que mais publicaram entre os artigos selecionados estão: Fátima Corrêa Oliver, com 5 publicações, Eucenir Fredine Rocha, com 4 publicações e Marta Aoki, Fernanda dos Reis Souza, Adriana Miranda Pimentel, Marta Carvalho de Almeida e Camila Cristina Bortolozzo Ximenez de Souza, com participação em dois artigos selecionados. As temáticas que se mostraram mais prevalentes foram quanto à atuação do terapeuta ocupacional e sua inserção na atenção básica à saúde e as necessidades de saúde de diversas populações que tem acesso dificultado aos serviços de saúde.

QUADRO 1 – Dados do estudo.

(continua)

|          | <b>Título</b>   | <b>Autor</b>     | <b>Ano / Base de dados</b>    | <b>Metodologia</b> | <b>Síntese</b>  |
|----------|---|------------------|-------------------------------|--------------------|---|
| <b>1</b> | Pessoas com deficiência moradoras de bairro periférico da cidade de São Paulo: estudo de suas necessidades.   | AOKI & OLIVER    | 2013<br>Cadernos de TO UFSCar | Qualitativo        | Apresenta as necessidades de saúde de um grupo de convivência de deficientes, colocando a necessidade de conhecer o território e a comunidade para traçar estratégias de intervenção. Foram realizadas entrevistas onde os próprios deficientes relatam a exclusão social que vivem e a necessidade da criação de redes sociais de apoio.   |
| <b>2</b> | Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde.  | SOUZA & PIMENTEL | 2012<br>Cadernos de TO UFSCar | Descritivo         | Traça perfil das pessoas com deficiência e suas necessidades, buscando conhecer a situação de vida a partir do contexto em que vivem. Colocam que a exclusão de pessoas com deficiência é histórica e quando vem associada à pobreza ocorre a dupla exclusão. É preciso facilitar o acesso dessa população e inseri-las na comunidade e a RBC pode ser um ponto de partida de suma importância.   |
| <b>3</b> | A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE.   | LIMA & FALCÃO    | 2014<br>Cadernos de TO UFSCar | Quantitativo       | Tem como objetivo identificar o papel e a formação de terapeutas ocupacionais atuantes no NASF de Recife. Fala desde a criação da declaração de Alma Ata e o surgimento do PSF para reorganizar e reestruturar a atenção básica, consolidando e expandindo-se, surgindo a ESF e para fortalecer nasce o NASF e coloca que a RBC pode ser adaptada em diferentes localidades.  |
| <b>4</b> | Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. | ROCHA & KRETZER  | 2009<br>LILACS                | Pesquisa de campo  | Descreve a implantação das ações de reabilitação na ESF do Município de SP, coloca que a atenção a pessoas com deficiência e sua reabilitação são previstas no SUS. Fala do surgimento da ESF e logo após o NASF para ampliar as ações na atenção básica. São apresentadas ações de reabilitação na ESF analisando o modelo assistencial desenvolvido e demonstra que essas ações facilitam o acesso e a humanização dos serviços de saúde. |

Fonte: produção da própria autora.

QUADRO 1 – Dados do estudo.

*(continuação)*

|          | <b>Título</b>  | <b>Autor</b>     | <b>Ano / Base de dados</b> | <b>Metodologia</b> | <b>Síntese</b>  |
|----------|--|------------------|----------------------------|--------------------|---|
| <b>5</b> | Políticas e modelos assistências em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas décadas. | ALMEIDA & CAMPOS | 2002<br>Revista TO USP     | Qualitativo        | Buscou compreender como vem sendo pensada e proposta a produção de serviços de saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil nos últimos 20 anos, mais especificamente as dificuldades motoras. Fala da consolidação dos direitos das pessoas portadoras de deficiência, suas conquistas na legislação e as políticas públicas que deixam a desejar. As instituições de reabilitação são insuficientes para a demanda, é preciso aproximar a reabilitação com a comunidade e isso pode ser feito através da atenção primária ou por ações de RBC.                               |
| <b>6</b> | Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006.  | SOUZA & ROCHA    | 2010<br>Revista TO USP     | Qualitativo        | Busca conhecer as vivências de usuários com deficiências e familiares ao utilizarem o serviço de reabilitação do PSF, e compreender como avaliam o acesso que têm ao mesmo, levando em conta diferentes discursos, posições sociais, e origens culturais. Cita algumas contradições do SUS pela dificuldade ou inacessibilidade, fala das barreiras que os usuários encontram até mesmo para comparecerem ao serviço. Fala do surgimento do PSF que vem para prevenção e promoção a saúde, onde a família passa a ser objeto de atenção das ações e a atuação sai da clínica e vai para a comunidade. |

**Fonte:** produção da própria autora.

QUADRO 1 – Dados do estudo.

*(continuação)*

|           | <b>Título</b>   | <b>Autor</b>               | <b>Ano / Base de dados</b> | <b>Metodologia</b>    | <b>Síntese</b>  |
|-----------|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------|---|
| <b>7</b>  | A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas.                      | FERREIRA & OLIVER          | 2010<br>Revista TO USP     | Qualitativo           | Buscou discutir a importância das relações de convivência das pessoas com deficiência e da atenção domiciliar como estratégia que possibilita o conhecimento e ampliação destas relações. O TO busca aumentar as relações de convívio entre pessoas com deficiência e acabar com o isolamento domiciliar e incluir essas pessoas na sociedade. A atenção domiciliar é um fator determinante para que ocorram relações sociais, pois o profissional se inserindo na comunidade vai conhecer as reais dificuldades de vida do paciente. |
| <b>8</b>  | Terapia Ocupacional e saúde da pessoa com deficiência na Secretaria Municipal de Saúde: uma discussão sobre dez anos de sua incorporação. | HO & OLIVER                | 2005<br>Revista TO USP     | Descritivo            | Estudo sobre inserção dos TO no sistema público municipal de saúde para conhecer sua distribuição na rede e as atividades assistenciais desenvolvidas com pessoas com deficiência.  |
| <b>9</b>  | Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática.   | PIMENTEL;<br>COSTA & SOUZA | 2011<br>Revista TO USP     | Relato de Experiência | Relata experiência de estágio de TO no centro de saúde modelo tradicional de Salvador, onde eles avaliaram e acompanharam pessoas de uma microárea identificadas pela pesquisa, assim como planejaram e realizaram ações do âmbito domiciliar ao territorial.   |
| <b>10</b> | A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo.                      | JARDIM;<br>AFONSO & PIRES  | 2008<br>Revista TO USP     | Qualitativo           | Buscou conhecer o trabalho do TO na ESF, sua inserção junto a equipe do PSF, as dificuldades e prazeres enfrentados, possibilidades de desenvolver trabalho multidisciplinar e verificar se o TO contribui para fortalecimento da atenção básica e se condiz com o que propõe o SUS.  |

**Fonte:** produção da própria autora.

QUADRO 1 – Dados do estudo.

*(continuação)*

|           | <b>Título</b>  | <b>Autor</b>                         | <b>Ano / Base de dados</b> | <b>Metodologia</b>    | <b>Síntese</b>   |
|-----------|--|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------|--|
| <b>11</b> | A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica.  | RAFACHO & OLIVER                     | 2010<br>Revista TO<br>USP  | Revisão bibliográfica | Busca conhecer como a literatura brasileira em saúde tem tratado o tema cuidadores informais, com especial ênfase na atenção básica em saúde.  |
| <b>12</b> | Terapia ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios.  | ROCHA & SOUZA                        | 2011<br>Revista TO<br>USP  | Revisão Bibliográfica | Busca contribuir com reflexões para consolidar ações que a Terapia Ocupacional pode desenvolver na Atenção Primária em Saúde no campo da reabilitação de pessoas com deficiências, baseadas em revisão de literatura juntamente com experiências práticas.   |
| <b>13</b> | Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia Ocupacional na estratégia da saúde da família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência – no período de 2000-2006. | ANTUNES & ROCHA                      | 2011<br>Revista TO<br>USP  | Qualitativo           | Relata resultados da pesquisa que investigou incorporação da TO, suas características, contribuições, limites na estratégia de saúde da família no município de SP nos anos de 2000 a 2006, com enfoque na atuação com pessoas com deficiência. Realizado com três terapeutas ocupacionais, doze profissionais de outras áreas e quatro usuários do serviço. |
| <b>14</b> | Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde.  | BERTAGONI MARQUES; MURAMOTO & MÂNGIA | 2012<br>Revista TO<br>USP  | Qualitativo           | Buscou conhecer os itinerários terapêuticos de sujeitos com transtorno mental grave e persistente acompanhados em ações de saúde mental na atenção básica, no contexto do trabalho desenvolvido pelo NASF.   |

**Fonte:** produção da própria autora.

QUADRO 1 – Dados do estudo.

*(conclusão)*

|           | <b>Título</b>   | <b>Autor</b>                           | <b>Ano/ Base de dados</b> | <b>Metodologia</b> | <b>Síntese</b>   |
|-----------|---|--|---------------------------|--------------------|--|
| <b>15</b> | Terapia ocupacional e pacientes acamados: ações comunitárias baseadas na identificação de problemas.                                  | SIEGMAN;<br>PINEIRO &<br>ALMEIDA       | 2002<br>Revista TO<br>USP | Pesquisa de campo  | Objetivo de desenvolver alternativas à hospitalização de pacientes que podem se beneficiar de programas implementados nos serviços de atenção primária, especialmente aqueles que se encontram, temporária ou definitivamente, severamente limitados quanto a sua mobilidade.  |
| <b>16</b> | Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. | LANCMAN<br>& BARROS                    | 2011<br>Revista TO<br>USP | Análise documental | Objetivo de apresentar e discutir possíveis contradições e desafios enfrentados na implantação do NASF e discutir a inserção do Terapeuta Ocupacional no campo.  |
| <b>17</b> | Reabilitação com ênfase no território – Jardim D´Abril e Jardim Boa Vista, no município de São Paulo.                                 | OLIVER;<br>AOKI; TISSI<br>&<br>NICOLAU | 2003<br>Revista TO<br>USP | Relato de Caso     | Relato de caso do projeto de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, realizado na Zona Oeste de SP. É desenvolvido através de acompanhamento individual para construção de projetos de vida, fórum de pessoas com deficiências para organização social em torno de necessidades específicas, atividades em espaços públicos ocorrendo trocas sociais e afetivas. |

**Fonte:** produção da própria autora.

Os artigos foram divididos em categorias temáticas para serem analisados e a inclusão de um artigo em uma categoria foi feita considerando a ênfase no tema correspondente e não sua abordagem exclusiva. Assim as categorias criadas foram: necessidades, materiais e infraestrutura para as práticas de reabilitação na atenção básica; experiências e olhares de profissionais de terapia ocupacional sobre reabilitação na atenção básica; fotografando o contexto: necessidades de cuidado pelo olhar dos usuários; políticas, modelos e ações de reabilitação no território.

#### **4.1 Necessidades, materiais e infraestrutura para as práticas de reabilitação na atenção básica.**

Torna-se muito importante conhecer as reais necessidades que cada indivíduo apresenta e entender que cada sujeito tem sua própria vontade e direito de escolha e, desta forma, os profissionais de saúde precisam retirar o foco de suas ações da doença e voltar o seu olhar para o contexto em que o sujeito está inserido, a fim de identificar suas reais necessidades. Segundo Cecílio (2006), a demanda é um pedido que o usuário deixa explícito e as necessidades de saúde são as traduções que a equipe realiza juntamente com os usuários, intervindo na saúde de cada um. A demanda pode ser uma consulta, um medicamento, um exame e as necessidades são os usuários na busca por respostas, devido a sua má condição de vida, podendo ser um emprego, ter uma maior autonomia e independência na vida cotidiana, busca por vínculo maior com algum profissional ou ter acesso a algum tipo de tecnologia que possa melhorar sua vida ou até mesmo prolongar.

De acordo com Othero (2010), é preciso discutir em primeiro lugar as demandas e necessidades de saúde, sendo essas identificadas pelas próprias pessoas com deficiências inseridas em seu contexto de vida, assim, possibilitando que haja diálogo e reflexão acerca dessas ações. Diversas vezes as necessidades de saúde das pessoas com deficiência estão no corpo ou na correção anatômica estrutural do corpo. As necessidades das pessoas com deficiência identificadas pela autora em seu estudo mostram que além dos aspectos assistenciais em saúde eles trazem outras dimensões, como ter acesso a trabalho, lazer e ter seus direitos, mostrando a importância de ações que sejam intersetoriais e integrais.

As necessidades de saúde não são homogêneas, sofrendo influência das desigualdades, de acordo com o modo de vida de cada um e o acesso que cada um tem aos recursos. No estudo realizado por Bertagnoni *et al* (2012), os relatos dos usuários demonstraram que

muitas pessoas apresentaram mais necessidades sociais do que de saúde, e concluiu que a rede de serviços sendo escassa e a falta de recursos básicos tende a dificultar o acesso dos usuários aos serviços.

É preciso haver um forte diálogo entre necessidade e recurso, pois nem sempre é possível atender as necessidades e demandas de saúde pela falta de recurso, muitas pessoas com deficiência se isolam no domicílio para não ter que enfrentar as barreiras geográficas, arquitetônicas e atitudinais e, a partir disso, é preciso difundir as ações de reabilitação com ênfase no território (OLIVER, *et al*, 2003), buscando ouvir os usuários e a necessidade de cada um. Souza e Rocha (2010) falam da satisfação dos usuários com o serviço e grande parte se queixa das condições das UBS e a dificuldade de conseguir encaminhamento para outros serviços, assim, podemos perceber que o sistema de referência e contra referência apresenta desafios para sua efetivação.

Ho e Oliver (2005, p.120) relatam, em seu estudo, a inserção do terapeuta ocupacional no sistema público municipal de saúde e citam os principais recursos terapêuticos utilizados, que são “as técnicas e materiais para abordagem do neurodesenvolvimento, integração sensorial e estimulação global; atividades lúdicas; atividades expressivas e artesanais; atividades físicas e recreativas, oficinas e atividades produzidas por sucata”. Alves e Paulin (2013) citam que as práticas assistenciais mais prevalentes são os atendimentos individuais ou grupais, as orientações das famílias e usuários e os contextos de atendimento que podem ocorrer no domicílio, que é o mais frequente.

Quando se fala em necessidades é importante lembrar-se do cuidador, que demanda de muito. E o terapeuta ocupacional como profissional que mantém contato direto e conhece a dinâmica familiar pode dar auxílio aos cuidadores para que eles aprendam a lidar com a sobrecarga emocional que eles carregam diariamente por oferecer tanto cuidado. E esse aumento de necessidades por cuidadores se deve ao fato do envelhecimento da população e o aumento do número de doenças crônico-degenerativas, assim, surgem mais pessoas com limitações que demandam cuidados à saúde (RAFACHO; OLIVER, 2010). Quanto à atuação do terapeuta ocupacional frente às necessidades das pessoas com deficiência Siegman *et al* (2002) relatam que a abordagem no domicílio é capaz de resgatar a participação social, focando em ações em que os sujeitos se exercitem na comunidade, realizando trocas sociais, buscando planejar e realizar projetos, uma vez que o cotidiano desta população torna-se restrito ao espaço doméstico.

Quanto aos materiais e infraestrutura sabe-se que há precariedade na maioria dos serviços públicos de saúde. O profissional e os usuários devem ficar atentos e cobrar sempre do gestor e do Estado e ter em mente outro plano, como utilizar recursos da própria comunidade e pensar em formas para driblar as barreiras de infraestrutura e otimizar os recursos existentes no próprio território.

Antunes e Rocha (2011) descrevem que os materiais utilizados nos atendimentos de reabilitação na atenção básica vinham da verba referente a cada UBS e que os materiais para confecção de órteses, apresentavam maiores dificuldades de serem adquiridos, desta forma, o terapeuta ocupacional precisa ter um manejo para substituir certos materiais e utilizar algo de fácil acesso, como buscar na casa do usuário ou utilizar sucatas e materiais de baixo custo, para facilitar a adesão ao tratamento. No entanto, os profissionais sentem falta de uma maior estrutura e equipamentos essenciais para determinados atendimentos.

Quanto à infraestrutura da UBS, os profissionais relatam a dificuldade pelo pouco espaço e o rodízio de salas entre todos os profissionais, assim, dificultando muitos atendimentos grupais, e as barreiras arquitetônicas são outro fator negativo, pois dificultam a circulação dos usuários e não conta nem sequer com banheiros adaptados para receber algum portador de deficiência física. A falta de espaço adequado e a insuficiência de recursos, também, foi citada por Jardim *et al.* (2008). Já Lancman e Barros (2011) destacam que os profissionais enfrentam dificuldade para realizar intervenção em reabilitação por falta de recursos materiais e, muitas vezes, precisam improvisar e utilizar materiais de forma precária. No estudo realizado por Bezerra *et al.* (2009), com os terapeutas ocupacionais, foi observado que a metade dos profissionais mostraram sua insatisfação com as condições de trabalho e apontaram o desejo da profissão ser mais reconhecida e a melhora que isso iria trazer para as condições de trabalho.

#### **4.2 Experiências e olhares de profissionais de terapia ocupacional sobre reabilitação na atenção básica.**

O terapeuta ocupacional é um profissional que busca, constantemente, melhorar as relações de convívio de seus pacientes com o meio em que vivem, e uma abordagem assistencial que pode ser adotada para melhorar a relação de convívio de pessoas que tem alguma deficiência é a atenção domiciliar. Ferreira e Oliver (2010) trazem em seu trabalho a importância do olhar para o atendimento domiciliar e ressaltam que por meio dele pode-se

obter participação de diversos atores sociais nas ações de cuidado à saúde, diminuindo o isolamento e ampliando as redes sociais, criando, assim, novas possibilidades de interação entre pessoas com deficiência.

O terapeuta ocupacional trabalha de acordo com as necessidades de cada usuário, seja atuando na UBS, no domicílio ou em espaços dentro da própria comunidade, cuidando de forma individual, grupal, da família e de todos que estão em volta da pessoa com deficiência (ROCHA; SOUZA, 2011). E utiliza a atenção domiciliar para equiparar as oportunidades para as pessoas com deficiência, pois ele se aproxima da realidade de vida e passa a compreender todo o contexto em que esta pessoa está inserida. Assim, como citado por Ferreira e Oliver (2010), o profissional atuando no domicílio pode efetivar as redes e, conseqüentemente, diminuir as sequelas causadas pelo isolamento doméstico, pois com a aquisição da deficiência as pessoas mudam seus modos de convivência e se isolam pelas dificuldades encontradas no dia a dia. Uma estratégia que pode gerar qualidade de vida é a criação de grupos, pois a solidão pode ser quebrada diminuindo o sentimento de incapacidade e até ser fonte de geração de renda.

As ações de reabilitação têm como objetivo reduzir deficiências e incapacidades com o intuito de obter mais qualidade de vida para os usuários e reinseri-los na sociedade. A partir da década de 1990 tem sido realidade, no Brasil, as propostas de atenção à saúde de pessoas com deficiências e incapacidades na atenção básica, e essas ações têm facilitado a execução dos princípios do SUS, de integralidade e equidade e humanizando os serviços em saúde. E, ainda, as ações de reabilitação fazem parte da proposta de ação no NASF que é facilitador no processo de territorialização e facilita o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde (ROCHA; KRETZER, 2009).

É preciso ficar atento às necessidades e demandas da população, pois a atenção à saúde muda de acordo com os fatores epidemiológicos e demográficos, exigindo, cada dia mais, profissionais qualificados para desempenhar as novas ações que são demandadas. Dentre as diversas áreas e distintos locais de atuação do terapeuta ocupacional, o domicílio do usuário, sendo o local de realização de sua reabilitação, mostra-se ser um local com grande potencial para que se obtenham resultados bem sucedidos, pois é nesse contexto que vive o usuário e estão suas reais condições de vida, podendo atuar, também, em todo território, realizando trabalhos educativos, grupos e orientando não só quem apresenta demanda de saúde, mas toda a comunidade, sempre se aproximando e criando vínculos com todos para

ganhar mais espaço (LIMA; FALCÃO, 2014). Mudando o local da reabilitação das clínicas para o território, os profissionais ficam diante de outro sujeito, pois agora o usuário está integrado ao seu contexto sociocultural, assim, é preciso estabelecer um novo olhar para conhecer cada pessoa em seu contexto pessoal para definir as ações de reabilitação, dessa forma os instrumentos tradicionais de avaliação, também, devem ser substituídos (OLIVER *et al*, 2000).

Jardim *et al* (2008) colocam que na atuação de profissionais na comunidade, o terapeuta ocupacional tem uma grande relevância, pois tem uma formação interdisciplinar que estimula e desenvolve ações de forma individual e coletiva, reconhecendo as reais necessidades de cada indivíduo, olhando para cada pessoa como um ser diferente. Os profissionais que trabalham na ESF atuam dentro das UBS e centros de saúde e, também, atuam diretamente na comunidade, aproveitando ao máximo os espaços de convivência e, assim, ampliando os limites físicos da instituição.

Ho e Oliver (2005) falam do perfil dos profissionais de TO: dentre os entrevistados em seu estudo, 33,5% tinha mais de 20 anos de formação na graduação e que 40% deles tinha mais de 10 anos de experiência com deficiência física e reabilitação, quanto à capacidade profissional, 48,9% relatou ter realizado uma especialização ou aperfeiçoamento, sendo em maiores proporções na área de saúde mental e psiquiatria. Os profissionais, também, se mostraram bem preocupados quanto a sua formação, sempre buscando se aperfeiçoar com cursos e se atualizando. Lima e Falcão (2014) caracterizaram sua população de estudo, composta por 10 terapeutas ocupacionais, do sexo feminino, metade estava na faixa etária entre 27 e 29 anos e o restante, entre 32 a 36, todas eram graduadas pela mesma universidade. Alves e Paulin (2013), também, traçaram o perfil dos terapeutas ocupacionais de seu estudo, da amostra de 17 profissionais, do sexo feminino, a faixa etária variou entre 25 até 65 anos, a maioria atua no nível terciário e 12 desenvolvem ações na saúde da pessoa com deficiência física. E na questão de aperfeiçoamento profissional a maioria das profissionais possui pós-graduação ou estão cursando, sendo que, apenas, 3 nunca se especializaram.

Segundo Lima e Falcão (2014), a atuação do terapeuta ocupacional e o seu papel no NASF encontra-se no apoio matricial, juntamente com as equipes de saúde da família de referência, sendo os espaços de intervenção a unidade de saúde da família ou o próprio domicílio dos usuários. As autoras relatam que a dificuldade na formação dos profissionais começa dentro da própria universidade e o apoio matricial é uma proposta inovadora e

recente, sendo um desafio implementar o cuidado integral e interdisciplinar, sendo dessa forma normal que profissionais que são chamados para atuar no matriciamento sintam dificuldade para desempenhar o papel de apoiadores. As primeiras experiências com o apoio matricial no Brasil foram vivenciadas quando houve a reforma do modelo assistencial e o fim dos hospitais psiquiátricos de internação e nos serviços de atenção básica. Rocha e Kretzer (2009) relatam que a equipe de apoio matricial fica responsável por procedimentos especializados e suporte técnico pedagógico às equipes de referência.

Quando realizado de forma satisfatória, o matriciamento ajuda o terapeuta ocupacional discutir e polarizar suas ações, ampliando possibilidades de realizar clínica ampliada e integração entre várias profissões e é um profissional que busca se atualizar constantemente, sempre oferecendo serviço de qualidade e conversando com toda a equipe para solucionar da melhor forma possível cada situação. Outro aspecto presente nas experiências do terapeuta ocupacional que atua na atenção básica é a utilização de tecnologias leves, que consideram a singularidade e a necessidade de saúde de cada indivíduo, prezam pela independência no cotidiano e, assim, aumenta as potencialidades de cada um, sempre objetivando inserir os deficientes na vida social. Sendo, portanto, o processo de acolhimento, vínculo e gerenciamento das ações de saúde, um processo desafiador que visa atender de forma humanizada as necessidades locais. (COELHO; JORGE, 2009).

Rocha e Kretzer (2009) descreveram ações de reabilitação na Estratégia da Saúde da Família (ESF) e relataram que os atendimentos ocorreram nas UBS, em espaços comunitários e domicílios. A ação mais executada pelos terapeutas ocupacionais e os membros do NASF descrito por Lima e Falcão (2014) foi a visita domiciliar, mostrando a importância da atuação dos profissionais no território, porém, essa mudança de local, também, apresenta suas dificuldades, sendo elas: a carência na formação do profissional, as limitações que o usuário apresenta, como não entender ou não aceitar uma orientação ou intervenção, as dificuldades de estrutura do território, como as barreiras arquitetônicas, falta de recursos, a falta de espaço, a ausência efetiva das políticas públicas e, o fator mais citado, o desconhecimento do objeto de estudo da TO. Caldeira (2009), em sua dissertação de mestrado, abordou as dificuldades encontradas pelos profissionais de TO para exercer a profissão, sendo destacada a falta de reconhecimento e valorização da profissão ou das atividades desenvolvidas. Em contra-ponto a essas dificuldades citadas, Jardim *et al* (2008) descrevem em seu estudo que os profissionais veem como benefício de atuar junto ao PSF o fato de conhecer a realidade de cada paciente, ser um profissional reconhecido na comunidade e ter seu próprio espaço, citando que

aprendem como profissional e como ser humano, porém, também, destacam como dificuldades a alta demanda por atendimento, falta de profissionais, espaço e material e a carga horária que não permite atender toda a demanda. Souza e Rocha (2010) destacam que as ações realizadas no PSF eram reconhecidas, por usuários e familiares, como ganho de qualidade de vida, promovendo aderência ao tratamento de forma satisfatória e respeito às orientações e o usuário, sabendo dos benefícios que pode alcançar, demonstra sentimento de medo de perder o serviço ou que a qualidade de vida diminua. Já no estudo de Antunes e Rocha (2011) os profissionais que atuam na AB mostraram a satisfação em trabalhar em um modelo de saúde que para eles é enriquecido, já que são desenvolvidas ações em equipe e existe uma grande variedade de casos e formas de se pensar em prevenção e reabilitação trabalhando de forma flexível e atendendo diversas famílias e destacaram, ainda, que as barreiras que comprometem seu trabalho são a falta de tempo para se aproximar mais da comunidade e lideranças locais e relatam, também, dificuldade no trabalho intersetorial.

Em 2011, Antunes e Rocha buscaram conhecer a visão que outros profissionais de saúde tinham acerca da terapia ocupacional, e eles citaram que o terapeuta ocupacional amplia a visão das equipes no que tange ao processo saúde-doença, à autonomia, independência, os direitos de cada pessoa e, principalmente, à inclusão, contribuindo, assim, para uma visão menos reducionista. Apesar de ter uma visão positiva sobre a TO, muitos profissionais tiveram dificuldade para definir o trabalho específico do terapeuta ocupacional, assim eles comparavam com outras profissões. Segundo Nascimento e Oliveira (2010), o modelo biomédico é o que guia a formação dos profissionais de saúde, não atendendo as propostas do SUS e da atenção básica que buscam o atendimento humanizado com o acolhimento, escuta qualificada, criação de vínculo e o trabalho em equipe, sendo, desta forma, a atuação na atenção básica um desafio constante. Para que os profissionais consigam efetivar os princípios da reabilitação baseada na comunidade nos serviços de atenção básica torna-se necessário a luta pela efetivação da igualdade de oportunidades e o trabalho junto à população para respeitar a diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade.

Rocha e Souza (2011) relatam que os profissionais se mostram despreparados para perceber as questões sociais durante a intervenção, já que a abordagem do trabalho em equipe na ESF é predominantemente biomédica. Dentre os profissionais entrevistados no estudo de Lima e Falcão (2014), 70% relataram que os ensinamentos da graduação não foram suficientes para que atuassem no NASF/atenção básica. No entanto, nota-se que as

instituições de ensino superior vêm adotando em seus currículos mudanças que visam acompanhar o novo modelo de atenção, interdisciplinar e integral.

Para Rocha e Kretzer (2009) inserir ações de reabilitação na ESF foi algo eficaz que atingiu pessoas com deficiência que são, constantemente, excluídas, assim, a equipe de reabilitação mudou sua forma de atendimento de acordo com a demanda da comunidade, sendo priorizadas pelo risco e vulnerabilidade e não mais da forma tradicional, de acordo com a especialidade. Já Souza e Pimentel (2012) colocam que é fundamental conhecer como cada profissão atua no cuidado das pessoas com deficiência, e o médico, ainda, é o profissional mais procurado para atendimento dessa população. Assim, surge a importância de divulgar o trabalho das equipes multiprofissionais, pois com mais especialidades agindo em conjunto é mais fácil obter sucesso na reabilitação.

Pimentel (2011) em seu estudo fala da experiência de estágio de TO na atenção básica e durante a sua construção foram encontradas algumas dificuldades como “matriz curricular, formação dos docentes, disponibilidade de discentes e docentes para atividades extramuros e a indisponibilidade de técnicos para realizar ações no território” (p.112). Todas essas barreiras não são fáceis de serem evitadas, pois são herdadas do modelo de saúde biomédico, que é centrado na doença e não no sujeito, e a importância da prática é que ela resulta em outras necessidades e demandas, um exemplo, são os cuidadores que, muitas vezes, não são vistos e não recebem o apoio como precisariam, e a experiência de estágio proporcionou um maior ajuste entre ensino e serviço, mudando até mesmo o modo de atuação dos estudantes no território.

De acordo com o Guia Prático do Cuidador, (BRASIL, 2008), o papel do cuidador vai além do acompanhamento diário. Muitas vezes, ele soma várias tarefas e não recebe suporte para conseguir lidar com a rotina cansativa do dia a dia e fica sobre ele o cuidado de realizar as recomendações das equipes de saúde. A ESF tende a ser um suporte para toda a família, conseguindo olhar para o cuidador que, muitas vezes, apresenta demandas maiores do que o próprio paciente. Othero e Dalmaso (2009) discutem essa questão do olhar sobre o cuidador e relatam que o profissional precisa orientá-lo acerca dos procedimentos que devem ser realizados, pois ele, também, demanda cuidados, já que passa boa parte do seu tempo em função do familiar com deficiência. No estudo de Aoki e Oliver (2013), destaca-se que os cuidadores, também, precisam receber atenção, sendo ouvidos e orientados quanto a como intervir, pois com tanta sobrecarga diária é preciso amenizar esse sofrimento. Siegman *et al*

(2002) em sua intervenção sobre usuários acamados no domicílio chegou ao resultado que 76% das pessoas entrevistadas são dependentes de um cuidador, assim, ressalta que a inserção desse grupo na comunidade é nula e que as atividades que o acamado e os membros de sua família realizam diariamente é apenas a luta pela sobrevivência. O programa de acamados tem como foco evitar a hospitalização e que o usuário permaneça na comunidade, assim, é preciso de um suporte amplo dos profissionais para inserir essa pessoa adoecida em seu território.

Para mudar o atual modelo e começar a preparar os futuros profissionais é preciso traçar planos para as universidades, bem como alterar os currículos e a forma de ensinar a teoria e, principalmente, a prática, que deve se encaixar nos novos modelos de atenção à saúde, priorizando o indivíduo e seu contexto de vida, colocando em prática tudo que foi citado anteriormente, utilizar o apoio matricial, fazer o uso de tecnologias leves e trabalhar com as equipes multiprofissionais. O estudo de Pimentel (2001, p 114) traz a experiência de estágio de TO na atenção básica e podemos perceber que a experiência dos estudantes por meio da faculdade foi instrumentalizar os ensinamentos para prática, eles trabalhavam aspectos no domicílio como “saída do leito para posição sentada, se alimentar sozinho, se higienizar com mais independência, orientar os cuidadores e até mesmo criar tecnologias assistivas de baixo custo com materiais existentes na própria comunidade”. Essas intervenções tinham o intuito de aumentar a participação comunitária e ajudar as pessoas a construir projetos de vida e mudou a maneira que os estudantes viam e atuavam no território.

Devemos entender e divulgar que a atuação do terapeuta ocupacional não fica limitada, apenas, em assistir o indivíduo que demanda cuidados, é necessário acolher toda sua família e a comunidade em que ele vive, fazendo com que a promoção, prevenção e recuperação atuem de forma dinâmica no território (ALVES; PAULIN, 2013).

#### **4.3 Fotografando o contexto: necessidades de cuidado pelo olhar dos usuários.**

A deficiência, diversas vezes, vem acompanhada com o isolamento domiciliar, seja pela dificuldade de mobilidade ou pelo fato da pessoa querer se afastar da vida social por sofrer preconceito ou evitar que venha a sofrer por se sentir diferente. A atenção domiciliar sendo implantada nos territórios com a atuação do terapeuta ocupacional pode aumentar a capacidade física e implementar a convivência entre diversos sujeitos, assim, possibilitando que pessoas que tenham alguma deficiência convivam e interajam com outros membros. É preciso conhecer o território visitando cada espaço e, assim, traçar as redes de apoio.

Souza e Rocha (2010, p. 236) partem do pressuposto que “os usuários são os melhores avaliadores dos serviços que usufruem, ele é cidadão e financiador do serviço público”, a partir disso tem-se a importância de saber a real necessidade de cada usuário e suas demandas individuais e coletivas.

É preciso, primeiramente, diferenciar a necessidade de saúde da demanda de saúde, pois, a partir disso, é possível traçar estratégias para intervir de acordo com a condição de vida e com os recursos disponíveis na comunidade, assim, favorecendo o acesso aos serviços de saúde e reabilitação (AOKI; OLIVER, 2013). Segundo Hino *et al* (p.1157, 2009), as “necessidades de saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades” e as demandas de saúde são compreendidas como “uma busca ativa por intervenção que representa, também, consumo, no caso dos serviços” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p.29, *apud* AOKI; OLIVER, 2013).

No estudo de Aoki e Oliver (2013) são apresentadas as necessidades de saúde de pessoas com deficiência que participam de um grupo de convivência, sendo que as mais citadas pelos usuários foram: vontade de estudar, realizar reabilitação, ter moradia digna, alimento, trabalho, ter benefício previdenciário, se deslocar, passear e conversar. Othero (2010), em sua dissertação, identificou como demandas e necessidades de saúde de pessoas com deficiência: a assistência, a reabilitação e a vontade em ter acesso a trabalho e lazer. Já no estudo de Souza e Pimentel (2012), os entrevistados trouxeram como necessidades de saúde: um atendimento especializado no bairro, melhores condições de vida e a vontade de voltar às atividades que tinham antes da deficiência. Assim, Othero e Dalmaso (2009) completam que a principal necessidade das pessoas com deficiência não está necessariamente na gravidade orgânica ou nos comprometimentos funcionais que ela apresenta e, sim nos fatores sociais que condicionam a extrema desigualdade, e identificam como principal necessidade da população o acesso às oportunidades, aos serviços e recursos e poder circular livremente pela cidade. As necessidades colocadas por essas pessoas que vivem com alguma deficiência nos traz a ideia de que, também, vivem com a exclusão social, o que Souza e Pimentel (2012) nomeiam de dupla exclusão, o fato de a pessoa ter alguma deficiência e, ainda, fazer parte da classe social mais baixa. Ainda podemos atrelar mais um fator, o da desigualdade, então pode-se dizer que a desigualdade, pobreza e a deficiência caminham em conjunto, pois, de acordo com Pimentel (2011), a deficiência traz limitação de alguma estrutura ou função do corpo, mas em conjunto

com a pobreza, a falta de informação e acesso aos meios, aumenta ainda mais as perdas dessas pessoas com deficiência e que muitas não se queixam da deficiência e sim das dificuldades que ela traz.

Embora muitas pessoas conheçam, precisem e desejam ter atendimento de reabilitação muitas nunca tiveram contato com esse tipo de atendimento e o fator que a maioria relatou ter maior impacto no cotidiano foi ter que se afastar do trabalho em função da deficiência, gerando, assim, um sentimento ruim de exclusão e desvalorização, voltando ao fator que a pobreza e a deficiência caminham lado a lado, pois, muitas vezes, o cuidador, também, precisa abandonar seu emprego por ter que viver em função de cuidar do outro (AOKI; OLIVER, 2013). Outro estudo que, também, abordou a relevância do trabalho para pessoas com deficiência foi o de Campos e Mishima (2005), em que os moradores do local ressaltaram que o trabalho significa sobrevivência, dignidade, criatividade e, acima de tudo, é uma forma de se socializar. Já Ferreira e Oliver (2010) colocam que o afastamento do trabalho, também, causa o afastamento das trocas sociais, contribuindo para a redução da rede de apoio desta população.

Muitas pessoas com deficiência encontram dificuldades para utilizarem os serviços do SUS, além das ações de assistência em reabilitação não serem ofertadas de maneira satisfatória em todos os níveis de atenção, muitas pessoas encontram a dificuldade de sair de seu domicílio em busca de atendimento, seja por dificuldade de locomoção, falta de transporte, ausência de um cuidador/acompanhante, ausência de equipamentos de ajuda, como cadeira de rodas, muleta, bengala e, ainda, enfrentam as dificuldades das barreiras arquitetônicas e urbanas (SOUZA; ROCHA, 2010).

Othero (2010) descreveu aspectos que podem ser considerados desafiadores para a efetivação da reabilitação na atenção básica, sendo eles: a má localização geográfica dos serviços de saúde, que apresentam uma capacidade para realizar poucos atendimentos, e as péssimas condições de acessibilidade para chegar ao serviço. Os dados encontrados por Castro *et al* (2011) corroboram com os citados acima, pois trazem as dificuldades que as pessoas com deficiência tem para acessar os serviços de saúde, seja pela dificuldade de locomoção e as barreiras arquitetônicas ou a falta de transporte e quando chegam ao serviço falta infraestrutura adequada, como rampas, elevadores, cadeiras de rodas e, principalmente, profissionais preparados para atender essa população que requer um cuidado e atenção ainda maiores por estarem fragilizados pelas constantes dificuldades e exclusões que vivem

diariamente.

Dentre tantos estudos que colocam as dificuldades dos usuários para acessarem o serviço como fator prejudicial para um acompanhamento rotineiro é viável se pensar no atendimento domiciliar dessas pessoas, quebrando, assim, as barreiras e dificuldades que eles encontram para chegar ao serviço e dentro do próprio espaço de tratamento, pois, muitas vezes, os serviços de saúde apresentam escadas, corredores estreitos, banheiros não adaptados, dentre outros fatores, que dificultam ou impossibilitam as pessoas com deficiência com mobilidade reduzida a circularem nos espaços. Mas Souza e Rocha (2010) lembram que apesar de necessário o atendimento domiciliar, ele consome mais tempo dos profissionais, tem um custo maior e, conseqüentemente, reduz o número de atendimentos possíveis, sendo necessárias mudanças no próprio território.

É importante olhar com atenção as estratégias que os usuários utilizam para buscar suas necessidades, o olhar que eles têm sobre o serviço de saúde, que são chamadas de itinerários terapêuticos. No estudo de Bertagnoni (2012, p.154), os relatos de usuários acerca dos itinerários “podem orientar as proposições de cuidado e se constituem como via de acesso aos significados por meio dos quais cada um constrói sua visão de mundo e as estratégias desenvolvidas diante dos problemas do viver”. A experiência de cada usuário é definida pelo seu cotidiano e pode ser modificada. Mângia e Yasutaki (2008) falam que investigar os itinerários terapêuticos ajuda a refletir sobre as ações, reconhecendo a importância da trajetória de vida do usuário.

No estudo de Aoki e Oliver (2013), os cinco entrevistados relataram a vontade de realizar acompanhamento de reabilitação, mas nenhum era acompanhado e no estudo de Souza e Pimentel (p. 233, 2012) “60% dos entrevistados não realizavam mais tratamentos relacionados à deficiência e 13% nunca havia sido submetido a qualquer tipo de intervenção”. Estes autores, também, apontam a dificuldade que as pessoas com deficiência têm em acessar serviços básicos de educação, é difícil acessar as escolas por não ter locais preparados para receber essa população, bem como as barreiras arquitetônicas encontradas no caminho e a falta de transporte público de qualidade que atenda a essa demanda.

Um ponto muito importante que deve ser considerado no tratamento de reabilitação é a relação entre cuidador, usuário e profissional. No estudo de Souza e Rocha (2010), os entrevistados demonstraram a satisfação na relação que estabeleciam com a equipe, pois o

atendimento era humanizado, assim ele passa a ter mais qualidade e aproximação com o usuário, criando vínculo afetivo, que é um fator muito importante no processo terapêutico. Antunes e Rocha (2011) buscaram os benefícios da atuação do terapeuta ocupacional, onde os usuários relatam melhora na questão da autoestima, aumentando a autonomia e, conseqüentemente, diminuindo a dependência do cuidador; introduziram adaptações e tecnologias assistivas que trouxeram mais facilidade para o cotidiano, fazendo com que as pessoas aceitassem mais a condição da deficiência e, ainda, apontaram que metade dos usuários entrevistados sente falta de mais profissionais de terapia ocupacional, pois a demanda é muito grande, onde um dos entrevistados expressou a vontade de ter mais UBS para disponibilizar mais atendimento de TO.

De acordo com as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, podemos perceber que as intervenções em reabilitação na atenção básica são insuficientes, embora, os estudos encontrados justifiquem a extrema relevância desta atuação para que ocorra a efetiva participação social desta população nas decisões comunitárias.

#### **4.4 Políticas, modelos e ações de reabilitação no território.**

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde os atendimentos mais simples, como atendimento ambulatorial, até atendimentos mais complexos, como transplantes de órgãos. O sistema de saúde brasileiro pressupõe oferecer acesso integral, universal e gratuito para todos e tem como foco a promoção, proteção e recuperação da saúde e apresenta como princípios: a universalidade, que garante atenção à saúde a todos; a equidade, que significa tratar desigualmente os desiguais, em que cada indivíduo será atendido conforme sua necessidade; e a integralidade, que se caracteriza por um conjunto de ações e serviços de saúde, que tem como objetivo prevenir e curar de forma individual ou coletiva, olhando cada caso e qual nível de complexidade se encaixa no sistema.

Mesmo amparadas pelo sistema, muitas pessoas enfrentam dificuldades no dia a dia para receber atendimento integral, como é proposto pelo SUS, e uma das populações que mais sofre com a falta de atendimento é a de deficientes, que não conta com apoio preventivo e tratamento adequado como deveria ser. Segundo dados da OMS, apenas 2% dos portadores de deficiência tem acesso à reabilitação.

Embora nos últimos anos as pessoas portadoras de deficiência tiveram grandes conquistas no que diz respeito à legislação, as políticas públicas brasileiras ainda são muito

falhas e não dão o suporte necessário para que se consolidem os direitos sociais, como a saúde e a reabilitação (ALMEIDA; CAMPOS, 2002). Um exemplo está no estudo de Lima e Falcão (2014), onde uma das maiores dificuldades relatadas pelos profissionais que trabalham no NASF é a pouca efetividade das políticas públicas, um ponto que atrapalha a atuação no território, em consonância com problemas de estrutura e o desconhecimento do objeto de estudo do terapeuta ocupacional por parte dos usuários e comunidade. Tendo em vista esse cenário de desconhecimento do objeto de estudo da TO é preciso que os profissionais invistam na divulgação da profissão e na gama de benefícios que proporciona em diversas áreas para que possa ser reconhecida. Os desafios para estabelecer políticas públicas para as pessoas com deficiência é, primeiramente, romper com o isolamento, conhecendo as reais necessidades de cada um, auxiliando na criação de projetos de vida, prestando toda a assistência necessária, reduzir as diversas barreiras de acesso, construindo redes de apoio e começar a ensinar, desde o início, para estudantes e profissionais, a reabilitação com ênfase no território (OLIVER *et al*, 2003).

Campos e Mishima (2005) chegaram à conclusão que os moradores da área de estudo entendem que as necessidades de saúde, também, significam a necessidade da presença do Estado, onde deveria haver uma maior reprodução social e mais participação política. Para Souza e Rocha (2010), o tema acesso à reabilitação precisa ser discutido de forma mais ampliada e ter a participação dos usuários, profissionais de saúde, o próprio serviço, políticas públicas e órgãos do governo para que seja construído de forma efetiva e tenha seu acesso universal como proposto pelo SUS. Para Aoki e Oliver (2013), é fundamental que o Estado tenha uma presença mais efetiva na seguridade social para melhorar as condições das pessoas com deficiências e seus familiares. Os entrevistados colocaram que suas maiores necessidades eram: passear, conversar, ter uma vida digna com alimento e moradia, ter um trabalho, se locomover, realizar tratamento de reabilitação, receber benefício previdenciário, e para que todas essas vontades possam ser realizadas é preciso implementar políticas públicas para que mais intervenções sejam produzidas e as redes de apoio social sejam ampliadas.

Para que o direito à saúde seja efetivamente algo universal é preciso investir muito, começando por operacionalizar as ações de reabilitação em todos os níveis de assistência, modificando sua organização e formulando propostas técnicas que se adequem a essa população, buscando utilizar recursos humanos capacitados para que se tenha a garantia do acesso pleno aos serviços de saúde. Também é preciso eliminar barreiras de acesso, criando políticas públicas para popularizar o acesso a equipamentos de ajuda. O direito para que haja

a eliminação das barreiras arquitetônicas dos espaços públicos é assegurado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, mas a população não luta, assim, o Estado fica omissivo e não age, assim, como existe a lei que estabelece as normas para que se construam edificações e equipamentos urbanos acessíveis, isso não ocorre de forma efetiva (SOUZA; ROCHA, 2010).

Para Rocha e Souza (2011, p.40) “as ações de TO na AB promovem a chegada e permanência dessa população, ao possibilitar a expressão de outras necessidades de assistência e contribuir na sua efetivação como porta preferencial de entrada no SUS, assegurando a universalização do acesso”. O trabalho do terapeuta ocupacional na articulação de ações intersetoriais é fundamental para efetivar a participação social, diminuindo a segregação social, lutando para que haja melhora nos bairros e que ocorra maior inclusão e mais acessibilidade. Para Antunes e Rocha (2011, p. 276) “os terapeutas ocupacionais focam suas ações no fazer humano e na observação dos diversos aspectos que compõem a vida dos sujeitos, auxiliando assim na detecção das necessidades específicas e na elaboração de estratégias para alcançar os objetivos de saúde pretendidos”, mas é importante que os outros profissionais compreendam a integralidade no atendimento das pessoas com deficiência.

Um ponto muito importante que deve ser levado em conta na formulação de políticas públicas e planejamento de ações é dar uma maior atenção a pardos e negros que, segundo Souza e Pimentel (2012), representam grande parte do número de pessoas com deficiência. E uma população que, também, demanda atenção é a de cuidadores e familiares dos usuários, que precisam ser acolhidos e ouvidos (SIEGMAN *et al*, 2002).

A TO buscando uma “pluralidade epistemológica e metodológica incorporou os pressupostos da RBC, essa proposta defende a inclusão da reabilitação em políticas públicas e a responsabilização do Estado no atendimento integral em saúde, através de ações de prevenção, promoção e reabilitação” (MOREIRA, 2008, p.85)

“A inexistência de políticas públicas na área, exceto as clássicas, e a descrença dos moradores no poder público e na ação política, geram sentimento de impotência” (OLIVER *et al*, 2004, p.286), a população não corre atrás dos seus direitos e quando buscam e não obtêm resultados satisfatórios desistem do que está descrito na Constituição, deixando de lutar pelos seus ideais. Desta forma, verifica-se a necessidade de um maior engajamento da população para que os deficientes tenham seu direito à reabilitação cumprido de forma satisfatória e que o acesso universal, proposto pelo SUS, também seja cumprido.

Pimentel (2011) nas ações desenvolvidas no território durante seu estudo conseguiu identificar que as pessoas com deficiência desconheciam seus direitos e condições e frente a isto, criou os fóruns sobre deficiência onde as pessoas, seus familiares, lideranças e gestores pudessem discutir e propor as mudanças necessárias. Estes dados corroboram com o estudo de Ho e Oliver (2005) em que apontam a importância do esforço pessoal e profissional para que dê tudo certo, sendo preciso um engajamento maior de vários atores sociais. É preciso capacitar os membros da comunidade para que eles conheçam e busquem as soluções para os problemas que enfrentam, assumindo, assim, seu papel no processo de cogestão em saúde (JARDIM *et al*, 2008).

As abordagens utilizadas por Ho e Oliver (2005) para assistência às pessoas com deficiência contemplaram atendimentos individuais, grupais, familiares, domiciliares e no próprio território/comunidade por meio de equipamentos sociais, sendo realizadas ações de inclusão escolar de crianças e acompanhamento da população idosa. Jardim *et al* (2008) em seu estudo citam que uma das ações do terapeuta ocupacional é sempre informar ao indivíduo sobre seu quadro clínico e o que pode ser realizado para obter melhoras, ensinando, também, a todos da comunidade como eles podem ajudar e acolher quem tem deficiência e, assim, pode surgir um novo modo de olhar a deficiência e oferecer atendimento integral para toda população. Lima e Falcão (2014) citam como ações mais recorrentes no NASF as visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, consulta compartilhada, ações em sala de espera, encaminhamento e escuta qualificada e, por último, relatam o apoio matricial e projeto terapêutico singular (PTS). Lancman e Barros (2011) citam o impasse dos terapeutas ocupacionais entre realizar o trabalho de acordo com as ações de promoção, desenvolvendo estratégias de matriciamento, ou atender de forma individual casos mais graves, já que o matriciamento é considerado a principal atividade que irá garantir mudanças mais visíveis na prática assistencial, mas existe a demanda por atendimento individual que faz com que os profissionais dividam seu tempo.

Assim, para se estabelecer políticas públicas, é preciso romper com o isolamento de pessoas que sofrem com alguma deficiência, olhando de forma única e individual as necessidades que cada usuário apresenta e o que ele demanda, possibilitando a construção de projetos de vida, diminuindo as barreiras de acesso que eles enfrentam diariamente e aumentando a convivência e as redes de apoio dessa população.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se no estudo analisar as ações da terapia ocupacional na atenção básica à saúde, conhecendo as experiências de reabilitação sob olhar dos profissionais e identificando os enfoques presentes nas produções brasileiras sobre reabilitação na AB, discutindo as ações através de 4 categorias temáticas encontradas.

Nos 17 artigos selecionados para revisão qualitativa, os autores abordaram bastante as necessidades e demandas de saúde dos usuários, apontando diversas vezes que necessidades sociais devem em vir primeiro plano. Os desejos mais citados pelos usuários foram trabalhar, ter momentos de lazer, estudar, conversar, ter alimento, moradia digna e realizar reabilitação. Outros pontos abordados foram a falta de recursos básicos, a precariedade de materiais e falta de infraestrutura adequada, mostrando que a rede de saúde é escassa e dificulta o acesso dos usuários e faz com que os profissionais tenham o desejo de ter mais estrutura e equipamentos para intervir, demonstrando, alguns, estarem insatisfeitos com as condições de trabalho. No que se refere à assistência recebida, os usuários demonstraram grande satisfação com a equipe profissional, citaram que a atuação do terapeuta ocupacional contribuiu na melhora da autoestima, maior autonomia e, conseqüentemente, menos dependência do cuidador, mas, também, relataram sentir falta de mais profissionais de TO nas equipes.

Muitos autores, também, abordaram a importância de lembrar-se do cuidador, que, às vezes, demandam mais atenção do que o próprio usuário, e o fato da ESF dar suporte à família, possibilita intervir nestas necessidades e auxiliar na construção de redes de apoio social. No entanto, notou-se a escassez de artigos que abordem as propostas com o cuidador e que descrevam ações que podem e devem ser realizadas com esse grupo.

Ressaltou-se a importância de investir na atenção domiciliar, que busca melhorar a relação de convívio de pessoas com deficiência. A efetividade da prática assistencial dos terapeutas ocupacionais deve-se a sua formação interdisciplinar, ao uso de tecnologias leves e matriciamento, sendo o território um grande espaço para inclusão das pessoas com deficiência.

Verificou-se que a deficiência vem acompanhada de isolamento domiciliar e que a exclusão social e a pobreza estão atreladas, dificultando as condições de sobrevivência dos deficientes, como mostraram diversos autores e, também, as dificuldades de acesso aos

diversos serviços na comunidade devido à presença de barreiras arquitetônicas, falta de transporte adequado, equipamentos de ajuda ou ausência de um cuidador para auxiliá-los. Assim, com a atenção domiciliar, o acesso à saúde pode ser facilitado, mas mesmo com os benefícios que a atenção domiciliar traz, diversos estudos apontam as dificuldades de atuar no território, pois esta abordagem assistencial apresenta um maior custo, um menor número de atendimento e consome mais tempo dos profissionais. Os profissionais, também, colocam a pouca efetividade das políticas públicas como fator prejudicial para atuar no domicílio. E dentre tantas barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde, apenas um autor citou de forma superficial as barreiras atitudinais, que são geradas pelas atitudes e comportamentos dos indivíduos, impedindo acesso de outras pessoas a algum local, quer isso aconteça de modo intencional ou não, sendo, portanto, de grande valia ser abordada em outros estudos para mostrar para as pessoas a importância de conscientizar-se e respeitar os espaços de quem tem deficiência, não estacionando em locais proibidos, por exemplo.

Em relação às políticas públicas, a discussão da implantação e efetividade destas foi um enfoque presente em muitos trabalhos, sendo concluído que para se estabelecer políticas públicas para as pessoas com deficiência é preciso romper com o isolamento, conhecer suas reais necessidades, auxiliando na criação de projetos de vida, prestando assistência necessária, reduzindo as barreiras de acesso e construindo redes de apoio. Muitos autores, também, colocaram que as necessidades de saúde significam necessidade de presença do Estado, assim, é preciso um maior engajamento por parte de vários atores sociais para que de fato as políticas públicas se tornem efetivas.

Uma limitação deste estudo foi a falta de descritores específicos na área, o que limitou o número de achados e excluiu alguns artigos, no entanto, as produções apontaram que o trabalho da reabilitação na AB contribui para que as ações de saúde ocorram de forma integral e humanizada, garantindo à comunidade que necessita de reabilitação seus direitos assegurados pelo SUS, aumentando, assim, a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C. **Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência: políticas e modelos assistenciais**. 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

ALMEIDA, M. C. de.; CAMPOS, G. W. S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 118-26, set./dez. 2002.

ALVES, S. G.; PAULIN, G. S. T. Características das ações desenvolvidas por terapeutas ocupacionais nas capitais da região sudeste. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. 2013 jan./abr.; 24(1): 1-8.

ANTUNES, M. H.; ROCHA, E. F. Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia Ocupacional na estratégia da Saúde da Família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência – no período de 2000-2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 270-278, set./dez. 2011.

AOKI, M.; OLIVER, F. C. Pessoas com deficiência moradoras de bairro periférico da cidade de São Paulo: estudo de suas necessidades. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 391-398, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70. 2004.

BERTAGNONI, L.; MARQUES, A. L. M.; MURAMOTO, M. T.; MÂNGIA, E. F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 153-162, maio/ago. 2012.

BEZERRA, W. C.; TAVARES, M. M. F.; CAVALCANTE, G. M. M. O mercado de trabalho da terapia ocupacional em Maceió-AL no contexto contemporâneo de crise do capital. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 75-84, maio/ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.: il. – **Série A. Normas e Manuais Técnicos**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.256 p.: il. – **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Cadernos HumanizaSUS; v. 2.

CALDEIRA, V. A. Prática de Terapia Ocupacional em Unidade de Saúde na atenção às pessoas com deficiência [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, vol.21, n.4, p. 1260-1268, 2005.

CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.45, n.1, p. 99-105, 2011.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p.115-128.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1523-1531. ISSN 1413-8123.

FERREIRA, M. E. M. M. Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. **Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança. Bragança**, Nov. 2012. p.1-94.

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. C. A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 189-197, set./dez. 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária a saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária a Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Cap. 16, p.575-625.

HINO, P.; CIOSAK, S. I.; FONSECA, R. M. G. S.;EGRY, E. Y. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.43, n.spe2, p. 1156-1167, 2009.

HO, D. C.; OLIVER, F. C. Terapia Ocupacional e saúde da pessoa com deficiência na Secretaria Municipal de Saúde: uma discussão sobre dez anos de sua incorporação. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n.3, p. 114-123, set./dez., 2005.

JARDIM, T. A. de; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 167-175, set./dez. 2008.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011.

LIMA, A. C. S.; FALCÃO, I. V. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 3-14, 2014.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 1, p. 61-71, jan./abr. 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 315 p.

MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitária. **Vita et Sanitas**, Trindade/GO, v.2, n.02, 2008.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à saúde da Família. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.34, n.1, p.92-96, 2010.

OLIVER, F. C.; AOKI, M.; TISSI, M. C.; NICOLAU, S. M. Reabilitação com ênfase no território – Jardim D’Abril e Jardim Boa Vista, no município de São Paulo. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 141-6, set./dez. 2003.

OLIVER, F.C. et al. Participação e exercício de direitos de pessoas com deficiência: análise de um grupo de convivência em uma experiência comunitária. **Interface- comuni, saúde, educ.**, v.8, n15, p.275-88, mar/ago 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Reabilitação Baseada na Comunidade: diretrizes** RBC. 2010.

OTHERO, M. B. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência: necessidades sob a perspectiva dos sujeitos**. 2010. 331 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010.

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

RAFACHO, M.; OLIVER, F. C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a Estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 41-50, jan./abr. 2010.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M. R. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 59-67, jan./abr. 2009.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

ROTHER, E. T. Editorial. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SIEGMAN, C.; PINHEIRO, C. A.; ALMEIDA, M. C. Terapia ocupacional e pacientes acamados: ações comunitárias. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 37-43, jan./abr. 2002.

SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 230-239, set./dez. 2010.

SOUZA, F. R.; PIMENTEL, A. M. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2012.