



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Tatyani Arícia Maia Novais
Vera Nadine da Costa Campos

**PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
NECESSIDADES DOS USUÁRIOS E PRÁTICA PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS
OCUPACIONAIS**

BELÉM – PA

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Tatyani Arícia Maia Novais
Vera Nadine da Costa Campos

**PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
NECESSIDADES DOS USUÁRIOS E PRÁTICA PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS
OCUPACIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Terapia Ocupacional da Universidade
Federal do Pará como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Terapia
Ocupacional.

Orientador: Prof. MSc. Otavio Augusto de Araujo
Costa Folha.

Belém, Pará

2018

Tatyani Arícia Maia Novais
Vera Nadine da Costa Campos

PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
NECESSIDADES DOS USUÁRIOS E PRÁTICA PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS
OCUPACIONAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Terapia Ocupacional da Universidade
Federal do Pará como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Terapia
Ocupacional.

Orientador: Prof. MSc. Otavio Augusto de Araujo
Costa Folha.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Otavio Augusto de Araujo Costa Folha – Orientador

Prof.^a Esp. Patrícia Oliveira do Rosário – Terapeuta Ocupacional

Esp. Alzilene Pereira Cordovil – Terapeuta Ocupacional

AGRADECIMENTOS

Sou grata ao meu **Deus**, dono do tempo e da vida, soberano e real, que com Sua forte mão me sustenta continuamente e me acompanhou, sem vacilar, nesta etapa da vida. À Ele toda honra e glória, pelos séculos dos séculos!

À pessoa mais forte e linda que conheço, minha querida mãe, **Ana Cristina**, que batalhou por e junto a mim todos os dias, sempre acreditando que tudo coopera para o bem. Essa conquista também é sua!

À minha família, pelo apoio e compreensão. **Carlos, Vó Dina, Diana, Eloeni**, minha flor **Lorena**, amo vocês! Aos meus irmãos – **Italo** por ser um irmão tão lindo e amigo, **Vitor** por seu amor provado em gestos sutis e **Geovani** que mesmo em outro estado, sempre se fez presente!

À você **André**, meu amado, companheiro e amigo, por seu amor, carinho, cuidado e compreensão. Obrigada por fazer parte da minha vida em um tempo chamado sempre!

Agradeço à minha amada Igreja, **IEICL**, parte essencial em minha vida. Aos irmãos pelas orações e apoio, saibam que suas vidas me ajudam a aprender mais sobre nosso Salvador!

Às minhas **amigas da faculdade**. Vocês são demais! Obrigada por me suportarem durante esses cinco anos e por cada momento compartilhado, os de alegria, os de tristeza, os desafiantes, os reflexivos, os de aprendizado e tantos outros. Vocês me ajudaram a crescer como pessoa e como profissional!

Agradeço à você **Tatyani**, por ter sido minha dupla e por ter trilhado este caminho comigo, por ter me ajudado em tantos momentos, por sua amizade verdadeira e por sua dedicação em finalizar comigo esta ocupação significativa – construção deste estudo. Agradeço à **família Novais** que me acolheu com muito carinho em sua casa durante tantos períodos.

Ao meu orientador, **Otávio Folha**, por ter sido um professor amigo em muitos momentos durante a minha graduação. Sou grata por cada experiência concreta e marcante dentro da Terapia Ocupacional que você me proporcionou, por ser um professor acessível, simples e que se preocupa com seus discentes. Obrigada por todo esse tempo de coletas, incentivos, exigências e reuniões via Skype, tudo isso contribuiu para a produção deste belo trabalho. Você é um grande exemplo para mim!

Nadine Campos

AGRADECIMENTOS

Gratidão à **Deus** por seu amor e cuidado, por sua infinita bondade que me amparou, fortaleceu, acompanhou, iluminou caminhos e guiou meus passos para esta conquista.

Aos meus pais, **Marco e Jaqueline**, que me educaram e estiveram ao meu lado durante toda essa jornada com suas palavras de conforto e apoio incondicional. Aos meus irmãos, **Tamyris, Tayani e Henrique**, pelo amor expresso no cuidado diário através dos singelos gestos de carinho, compreensão, suporte e disponibilidade. Obrigada, família, pelo auxílio durante as construções de recursos em várias noites. Tem um pedaço de vocês em cada criação!

Aos meus **amigos**, que me compreenderam com a maior paciência do mundo durante minhas ausências, mas que permaneceram fiéis, companheiros e acolhedores. Obrigada pelo incentivo para continuar trilhando o caminho que escolhi.

Às minhas **amigas da faculdade**, que dividiram ao meu lado grandes momentos durante os cinco anos de graduação e me auxiliaram a refletir sobre a vida, a crescer de forma pessoal e profissional e a compreender a importância do ouvir. Certamente o apoio mútuo entre nós contribuiu para a leveza durante todos os anos na universidade. Levarei as experiências vivenciadas por toda a minha vida.

À minha amiga e dupla, **Nadine Campos**, por me acompanhar até aqui, por dividir a construção deste trabalho durante tardes e noites longas, mas sempre produtivas, pela escuta sensível e pelo cuidado que, mesmo na rotina atribulada, se fez presente. Sou grata por sua amizade e pelos aprendizados vividos em sua companhia. Gratidão também à **família Costa** pelo acolhimento em seu lar, sempre regado à boas conversas, risadas e refeições deliciosas. Vocês são um presente!

Ao meu orientador, **Otávio Folha**, por toda a experiência que me proporcionou durante a graduação, pelas trocas de conhecimento, por se dispor a ensinar com suas valiosas reflexões e análises críticas que contribuíram para o meu conhecimento na Terapia Ocupacional. Agradeço pelas considerações e sugestões que possibilitaram grandes aprendizados para moldar esta pesquisa. Sou grata por acreditar no potencial deste estudo e demonstrar o quanto podemos ir longe.

Tatyani Novais

RESUMO

Este estudo buscou identificar as necessidades de saúde e ocupacionais das pessoas com deficiência física (DF) e compreender a prática profissional dos terapeutas ocupacionais que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Belém/PA. O método baseou-se na abordagem qualitativa com enfoque descritivo, de caráter transversal e amostragem não probabilística do tipo por conveniência. A pesquisa ocorreu na cidade de Belém, Pará, considerando a divisão dos distritos administrativos nos quais o município é organizado. A coleta de dados ocorreu durante o período de julho a novembro de 2017, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com DF na faixa etária entre 18 a 59 anos, moradoras da cidade de Belém e terapeutas ocupacionais vinculados aos NASF existentes na cidade. Os resultados apontaram 4 categorias associadas às percepções dos participantes acerca das necessidades de saúde e ocupacionais de DF, à participação deste público no território e à prática profissional dos terapeutas ocupacionais. Sobre as necessidades de saúde, emergiram categorias relacionadas ao cenário de vida, acesso aos serviços de saúde e comprometimento funcional. No tocante às necessidades ocupacionais, surgiram aspectos voltados para o cuidar de si, socialização, envolvimento no trabalho e sentido do fazer. A participação foi ilustrada pelas DF que utilizavam os serviços de saúde da sua comunidade e aquelas que estavam restritas ao domicílio caracterizando uma rede social fragilizada. No que diz respeito à atuação do terapeuta ocupacional, foram relatadas ações diretas e indiretas para DF, como visitas domiciliares, encaminhamentos, adaptações, parcerias, educação em saúde e capacitações. Dentro desse processo de trabalho, foram encontrados muitos entraves, relativos aos desafios estruturais, dificuldades na efetividade da rede e na dinâmica do trabalho – que envolvem as relações interpessoais e acometimentos ocupacionais. Concluiu-se que o estudo favoreceu a melhor compreensão das necessidades de saúde e ocupacionais das DF, evidenciando que algumas demandas desse público, podem ser acolhidas no âmbito da atenção primária, e que na maioria das vezes, as DF deixam de realizar aquilo que desejam ou escolhem fazer, apresentando assim, uma lacuna ocupacional presente no seu cotidiano. Notou-se ainda, que a utilização dos serviços de atenção básica é fundamental para o exercício do direito de acesso à saúde, e que as dificuldades encontradas pelos profissionais no desenvolvimento de suas ações interferem na assistência oferecida, bem como no surgimento de possíveis situações de adoecimentos.

Palavras-chaves: Necessidade de saúde. Necessidade ocupacional. Pessoa com deficiência física. Terapia Ocupacional. Atenção primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify the health and occupational needs of people with physical disabilities (DF) and to understand the professional practice of occupational therapists who work at the Family Health Support Centers (NASF) in the city of Belém/PA. The method was based on the qualitative approach with a descriptive approach, of transversal character and non-probabilistic sampling of the type for convenience. The research was conducted in the city of Belém, Pará, considering the division of administrative districts in which the municipality is organized. Data were collected during the period from July to November 2017, through semi-structured interviews with DF in the age group between 18 and 59 years, residents of the city of Belém and occupational therapists linked to NASF in the city. The results showed 4 categories associated to the participants' perceptions about the health and occupational needs of DF, the participation of this public in the territory and the professional practice of occupational therapists. Regarding health needs, categories related to life scenario, access to health services and functional impairment emerged. Regarding occupational needs, aspects related to caring for oneself, socialization, involvement in work and sense of doing have arisen. Participation was illustrated by DFs who used the health services of their community and those who were restricted to the home characterizing a weak social network. Regarding the work of the occupational therapist, direct and indirect actions for DF were reported, such as home visits, referrals, adaptations, partnerships, health education and training. Within this work process, many obstacles were encountered, related to structural challenges, difficulties in network effectiveness and work dynamics - involving interpersonal relationships and occupational difficulties. It was concluded that the study favored a better understanding of the health and occupational needs of the DF, evidencing that some demands of this public can be accepted in primary care, and that in most cases, DF fail to accomplish what they want or choose to do, thus presenting an occupational gap present in their daily lives. It was also noted that the use of basic care services is fundamental for the exercise of the right of access to health, and that the difficulties encountered by professionals in the development of their actions interfere with the assistance offered, as well as the emergence of possible situations of diseases.

Keywords: Health need. Occupational need. Person with physical disability. Occupational therapy. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.....	11
PCD – Pessoa com deficiência	11
OMS – Organização Mundial da Saúde	11
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	13
SUS – Sistema Único de Saúde.....	13
DF – Pessoa com deficiência física	18
APS – Atenção Primária em Saúde	22
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde	23
UBS – Unidade Básica de Saúde.....	24
ESF – Estratégia Saúde da Família	24
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	25
EqSF – Equipe de saúde da família.....	25
AVD – Atividade de Vida Diária	26
AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária.....	26
NO – Necessidade ocupacional	28
DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro	33
DAOUT – Distrito Administrativo de Outeiro	33
DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci	33
DABEN – Distrito Administrativo do Bengui	33
DAENT – Distrito Administrativo do Entroncamento.....	33
DASAC – Distrito Administrativo da Sacramenta	33
DABEL – Distrito Administrativo de Belém	33
DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá.....	33
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa	34
ACS – Agente comunitário de saúde.....	34
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	35
AC – Análise do conteúdo.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 COMPREENDENDO A DEFICIÊNCIA: CONTEXTO HISTÓRICO E ATUALIDADE	16
2.2 MARCOS PARA OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	19
2.2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE	19
2.2.2 CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	20
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	21
2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E PESSOA COM DEFICIÊNCIA	22
2.5 PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UMA COMPREENSÃO DE SUAS NECESSIDADES	27
3 OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4 MATERIAIS E MÉTODOS	32
4.1 TIPO DE PESQUISA	32
4.2 LOCAL DA PESQUISA	32
4.3 DELINEAMENTO DE PESQUISA	33
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	35
4.5 COLETA DE DADOS	36
4.5.1 ESTUDO PILOTO	36
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	37
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	37
5 RESULTADOS	38
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	38
5.2 NECESSIDADES DE SAÚDE E OCUPACIONAIS SOB A ÓTICA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA	39
5.3 PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA POR MEIO DA UTILIZAÇÃO DOS ESPAÇOS PÚBLICOS E SERVIÇOS DE SAÚDE	44
5.4 NECESSIDADES DE SAÚDE E OCUPACIONAIS NO OLHAR DO TERAPEUTA OCUPACIONAL	46

5.5 PRÁTICA PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	51
6 DISCUSSÃO	58
6.1 NECESSIDADES DE SAÚDE: O QUE REPRESENTA?.....	58
6.2 NECESSIDADE OCUPACIONAL: O FAZER PREENCHE LACUNAS?	59
6.3 COMO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA (CON)VIVEM?	61
6.4 PRÁTICA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS: QUAIS SÃO AS ESTRATÉGIAS E DESAFIOS?	63
6.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A	74
APÊNDICE B	76
APÊNDICE C	77
APÊNDICE D	78
ANEXO	79

1 INTRODUÇÃO

A deficiência tem se mostrado uma grande preocupação para os próximos anos devido ao contínuo aumento de sua incidência na população mundial. Uma estimativa aponta que, no mundo, existem um bilhão de pessoas que vivem com algum tipo de deficiência, sendo aproximadamente 15%, de acordo com a população mundial em 2010, o que representa um aumento do que foi estimado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1970 que apontava um percentual de 10% da população (BRASIL, 2012a).

Tal fato está associado ao envelhecimento populacional, assim como ao aumento global das doenças crônicas como diabetes, câncer, distúrbios mentais e doenças cardiovasculares. Além disso, a incidência da deficiência também pode ser influenciada por fatores ambientais como acidentes automobilísticos, conflitos, dieta, desastres naturais e abuso de álcool e/ou drogas (BRASIL, 2012a).

Em uma visão mais local, o Pará é o oitavo estado mais populoso do Brasil e o maior em número de habitantes da Região Norte. De acordo com o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1.791.299 pessoas apresentam algum tipo de deficiência, o que representa 24% da população. Acrescenta-se também que, mais de 72% da população paraense é indiretamente envolvida nesta questão, considerando uma estimativa de que cada família da pessoa com deficiência (PCD) é composta por uma média de três pessoas (PARÁ, 2013).

As PCD possuem diversas desigualdades que marcam sua história. Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (BRASIL, 2012a), no mundo inteiro, esses sujeitos enfrentam dificuldades na questão educacional, econômica, social e de saúde, que podem estar relacionadas à taxa de pobreza que se apresenta mais alta quando comparada com a população geral sem deficiência.

Essas dificuldades expõem este público a diferentes vulnerabilidades, deixando-as mais próximas de comorbidades, de fatores de risco como o tabagismo, dieta pobre devido a sua baixa renda e falta de atividade física, além do que podem estar mais suscetíveis à vários tipos de violência (BRASIL, 2012a). Sendo assim, faz-se necessário, através de pesquisas e práticas, que a atenção destinada a esse público seja mais efetiva por meio do acesso aos serviços de saúde, visando prevenir agravos e favorecer a participação e o protagonismo no papel de promover saúde.

Othero e Ayres (2012, p. 220) afirmam que “nas últimas décadas – vêm ocorrendo avanços no que diz respeito a dados existentes, aspectos teórico conceituais, políticas e práticas em saúde”, tendo em vista que a discussão sobre as pessoas com deficiência é de grande importância no âmbito da saúde coletiva.

Considerando esses avanços, a deficiência passou a ser associada à questão dos direitos humanos devido ao enfrentamento de desigualdades, violação de dignidade, e muitas vezes, pela perda da autonomia (BRASIL, 2012a). Nesse sentido, como tentativa de assegurar os direitos da pessoa com deficiência, a Lei Brasileira de Inclusão traz em suas disposições preliminares, que toda PCD tem direito à igualdade de oportunidades assim como as demais pessoas, e certifica o direito à vida, à habitação e reabilitação, à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho, à assistência e previdência social, à cultura, esporte, turismo, lazer, transporte e mobilidade (BRASIL, 2015).

Tendo em vista que as pessoas com deficiência possuem características diferentes e são heterogêneas, é fundamental que os problemas de saúde e/ou outras necessidades demonstradas por este público e que podem ser considerados visíveis ou invisíveis, temporários, permanentes e/ou de longo prazo, gerem dados que auxiliem no estabelecimento de programas e políticas, assim como, para desvendar as necessidades que pouco são evidenciadas, como as que estão relacionadas com as atividades diárias, sendo alguns deles, os cuidados pessoais, o acesso aos cuidados e equipamentos, educação, participação social, emprego, e etc. (BRASIL, 2012a).

Outro fator a ser considerado dentro desse contexto, é o aumento das discussões sobre as pessoas com deficiência, as tentativas de implementação de projetos destinadas a esse público, assim como a atuação de diversos profissionais que buscam formas de atender as diferentes necessidades apresentadas por esses usuários. Contudo, apesar desse crescimento, ainda se faz necessário a contínua compreensão das necessidades que as pessoas com deficiência possuem. O conhecimento dessas demandas – individuais ou coletivas – possibilita ao profissional que suas intervenções sejam baseadas nas condições e modos de vida e nos recursos comunitários disponíveis, a fim de facilitar o acesso aos cuidados de saúde, bem como aos de reabilitação (AOKI; OLIVER, 2013).

No entanto, entende-se que as práticas sociais direcionadas a este público vêm sofrendo várias transformações de acordo com o contexto, com as percepções de cada época e com o conceito de homem que a sociedade estabelece. (BALEOTTI; OMOTE, 2014). Apesar das mudanças ocorrerem continuamente, a concepção de deficiência voltada para reabilitação, ainda

influencia negativamente em alguns aspectos na visão da sociedade, produzindo um olhar alheio à esses sujeitos, sendo a deficiência, muitas vezes, vista como um problema exclusivamente individual ou familiar, sem qualquer associação com o contexto sociocultural (OLIVER et al., 2004).

Sabe-se que as concepções direcionadas a esses indivíduos estão em constante mudança, e foram desde a exclusão social das pessoas com deficiência, passando pelo atendimento especializado segregado dentro de instituições, seguido da prática da integração social e, mais recentemente, na luta pela sua inclusão social (CARVALHO-FREITAS, 2007; LEITE, 2012).

A luta pelos direitos das pessoas com deficiência foi marcada por diversos eventos no âmbito internacional e nacional, tais como a proposta da Organização Mundial da Saúde através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que engloba o sujeito de maneira mais integral, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência que ocorreu no ano de 2006 promulgando e reforçando direitos de cidadania das pessoas com deficiência e, no contexto brasileiro, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que norteia os cuidados em saúde para este público no Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes níveis de atenção (OTHERO; AYRES, 2012).

Em um cenário internacional de saúde mais amplo, o nível de atenção primária em saúde, no seu processo de implantação, foi marcado por duas grandes abordagens que consideravam aspectos distintos para as ações em saúde. A primeira delas, denominada Abordagem Seletiva, fortaleceu o olhar biomédico, priorizando alguns grupos populacionais em detrimento de outros, ou seja, pessoas que tinham patologias como hanseníase, hipertensão, diabetes, e outros, eram priorizadas, e os segmentos sociais que não se enquadravam nessas doenças, tais como a PCD e/ou em sofrimento psíquico eram encaminhadas aos outros níveis de atenção – como o secundário e terciário (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

Dessa forma, compreende-se a razão da atenção às pessoas com deficiência, muitas vezes, ser pensada por um viés mais especializado de saúde, sendo associada predominantemente aos níveis secundário e terciário com atendimentos especializados por patologias, executados em sua maioria por meios de ações filantrópicas ou de centros universitários (ROCHA; KRETZER, 2009).

Todavia, a visão mais atual sobre o atendimento à essas pessoas é embasada em uma segunda abordagem que sugere uma atenção mais integral, horizontal e universal, dita Atenção

Primária Abrangente (STARFIELD, 2002), ou seja, a atenção em saúde oferecida à esse público, pode acontecer na atenção primária, tendo esta, um papel fundamental para possibilitar o acesso aos cuidados em saúde, inclusive, os de reabilitação (RODRIGUES; AOKI; OLIVER, 2015), preocupando-se assim, com a participação dessas pessoas em seus territórios, não somente pela busca de modificações na estrutura física e acessibilidade, mas também na sua convivência, estabelecimento de relações e suprimento de suas necessidades de saúde e ocupacionais.

Tais necessidades são percebidas de maneiras diferentes, ou seja, são intrínsecas de cada pessoa e expressas de acordo com suas características individuais, mesmo que estejam circundadas por uma única rede social. Essas necessidades quando contempladas, geram bem estar e satisfação, principalmente quando relacionadas ao desempenho em ocupações (RUIZ-TAGLE; TEJADA; ECHEVERRIA, 2009).

As demandas e necessidades dessas pessoas podem ser utilizadas como parâmetros para a elaboração de estratégias de intervenção que dialoguem com a condição de vida e recursos comunitários de determinado território (AOKI; OLIVER, 2013), além do aspecto pessoal que também deve ser considerado.

Diante das conexões acima apresentadas sobre pessoa com deficiência, atenção primária e necessidades de saúde e ocupacionais levantamos as seguintes questões: Quais as necessidades de saúde e as necessidades ocupacionais das pessoas com deficiência física? Quais serviços da atenção primária em saúde que são ofertados para as pessoas com deficiência física? Como os profissionais de Terapia Ocupacional desenvolvem seu trabalho na atenção primária para atender às necessidades de saúde e às necessidades ocupacionais das pessoas com deficiência física?¹

Estes questionamentos constituíram-se como temática central desta pesquisa, focalizando a compreensão sobre as necessidades de saúde e ocupacionais de pessoas com deficiência física e o conhecimento da atuação do terapeuta ocupacional frente à essas necessidades deste público. O interesse pela escolha deste tema se deu através do contato com a temática por meio de aulas teóricas ministradas durante a graduação e práticas sobre a participação de pessoas com deficiência dentro do contexto comunitário, pesquisas extraclasse em artigos de revistas científicas e participação em um projeto de extensão que visava ofertar e implementar serviços de

¹ Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “*Análise da relação entre o uso do tempo e a qualidade de vida de pessoas com e sem deficiência*”, de autoria do pesquisador Otavio Augusto de Araujo Costa Folha, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio do parecer nº 1.593.032.

Terapia Ocupacional no âmbito da atenção primária, com o intuito de contribuir com os serviços de uma unidade municipal de saúde e desenvolver ações de prevenção, promoção e proteção da saúde.

Pretende-se, com este estudo, contribuir para os avanços do conhecimento na área, buscando a melhor compreensão desses sujeitos dentro da sociedade através da descrição de suas principais necessidades. Pretende-se ainda, expandir o arcabouço teórico acerca da atuação dos terapeutas ocupacionais envolvidos na atenção primária em saúde, com relação às ações destinadas às pessoas com deficiência física.

Sendo assim, este estudo visou identificar as necessidades de saúde e ocupacionais das pessoas com deficiência física, assim como, compreender a prática profissional dos terapeutas ocupacionais que atuam na atenção primária em saúde e conhecer serviços deste nível de atenção que são ofertados para este público. Acredita-se que os dados obtidos neste estudo poderão auxiliar na compreensão das principais demandas e lacunas que esse público revela, para que, futuramente, possam ser elaboradas estratégias de cuidado que os tornem mais dignos e independentes e capazes de atuar de maneira prazerosa em suas ocupações.

Logo, a apresentação desta pesquisa foi estruturada por meio da exposição do referencial teórico envolvendo a PCD em diversos cenários, tais como, o contexto histórico e atualidade sobre as percepções acerca da deficiência, os marcos para a conquista dos seus direitos, assim como, a política nacional de saúde da pessoa com deficiência, a atenção primária e a compreensão das necessidades de saúde e ocupacionais desses sujeitos, seguido da metodologia, resultados, discussão e conclusão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COMPREENDENDO A DEFICIÊNCIA: CONTEXTO HISTÓRICO E ATUALIDADE

Ao longo do tempo a sociedade passou por diferentes e constantes modificações que marcaram a história e atualmente servem de parâmetros para o entendimento do corpo social atual. Antes de tudo, é importante resgatar estas mudanças no que diz respeito à pessoa com deficiência. Salienta-se que os entendimentos variam de acordo com a cultura, com os espaços geográficos e/ou tempo. Entende-se que os estereótipos direcionados a esses indivíduos estão em constante mudança e intensa busca pela quebra de visões distorcidas com relação às compreensões acerca da deficiência (CARVALHO-FREITAS, 2007). Dessa forma, sugere-se então, uma perspectiva como forma de compreender este processo.

No que diz respeito à essas interpretações, Carvalho-Freitas (2007) afirma que as mesmas são moldadas de acordo com o tempo histórico, muitas vezes sem um embasamento e conhecimento racionais que possam definir e direcionar ações às pessoas com deficiência. Na Grécia antiga, por exemplo, o vigor, a beleza e a força física eram critérios importantes e que definiam os indivíduos da época, onde a capacidade para a sobrevivência e subsistência do povo eram dependentes destas características. Logo, quem não as apresentasse, era visto como um indivíduo com dificuldade para estabelecer a manutenção do povo, sem a capacidade de contribuir significativamente para a agricultura ou guerra.

Com o advento do cristianismo na Idade Média, houve a difusão do pensamento cristão que influenciou no modo como a sociedade percebia as pessoas com deficiência. Estas eram vistas como detentoras de almas e manifestação divina, assim como todos os indivíduos. Sendo assim, era negado o abandono desses sujeitos, mas ainda se tinha uma visão distorcida da deficiência, definida pelo olhar religioso como possessão demoníaca ou como propósito divino (BALEOTTI; OMOTE, 2014).

A partir do século XVI com a consolidação do racionalismo e a ruptura do monopólio da igreja, há o surgimento do pensamento científico e o desenvolvimento da medicina que exclui da deficiência o caráter religioso, sendo então definida como uma manifestação de doença, onde somente os médicos eram aptos a diagnosticar e estabelecer o tratamento da deficiência que eram realizados em locais destinados para esse fim (CARVALHO-FREITAS, 2007).

Com efeito, a perspectiva médica sobre a deficiência moldou abordagens voltadas apenas para o indivíduo dito “portador” desta condição, sendo a deficiência vista sobre o olhar unicamente biológico e como resultado da ação de fatores presentes no organismo do sujeito (BALEOTTI; OMOTE, 2014). Posteriormente à essas concepções, surgiram intensas modificações nos conceitos de deficiência, promovendo novos debates e discussões com o intuito de favorecer novas construções de pensamentos diante desse segmento populacional.

Hoje, reconhece-se ainda que, a deficiência não está vinculada somente às estruturas fisiológicas e às características individuais do sujeito, mas sua existência está associada também às barreiras ambientais e atitudinais que impossibilitam a participação na sociedade em comparação às demais pessoas (BRASIL, 2012a; 2014).

Além dessa mudança na compreensão de deficiência, é importante destacar que a terminologia também sofreu variações, sendo atualmente utilizado o termo “pessoa com deficiência”, em detrimento de outros, como “pessoa portadora de deficiência”, “pessoa com necessidades especiais” e “deficiente”, sobretudo pelos motivos de que a deficiência não é algo que pode ser retirado e posteriormente recolocado, e que o sujeito não pode ser definido simplesmente pela sua condição de deficiência, porém, ele deve ser valorizado como pessoa detentora de direitos (BRASIL, 2014).

Esse ponto de vista resultou da luta de diversos movimentos sociais de pessoas com deficiência e de direitos humanos, que modificou não apenas o modo de se referir à pessoa, mas de olhar, compreender, e também, na maneira de lidar com ela e com suas relações na sociedade (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva de evolução sobre os conceitos relacionados à pessoa com deficiência, é importante evidenciar as mudanças ocorridas nas próprias leis que regulamentam os direitos desses sujeitos. O decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 que regulamenta a lei 10.048, de 8 de novembro de 2000 e a lei 10.098, de 19 de dezembro do mesmo ano, trouxe atualizações para a discussão desta temática, sendo “pessoa com deficiência” compreendida como a que possui incapacidade ou limitação para o desempenho de atividade e pode estar inclusa nas seguintes categorias de deficiência: física, auditiva, visual, mental e múltipla (BRASIL, 2004).

Além disso, trouxe o termo “pessoa com mobilidade reduzida”, que se traduz como aquela que não se enquadra na categoria anterior, e tenha dificuldade em movimentar-se, seja esta permanente ou temporária, o que gera efetiva redução em aspectos da mobilidade, coordenação

motora, percepção e flexibilidade, ou seja, a deficiência ou a mobilidade reduzida, podem acarretar um comprometimento que afeta o cotidiano e consequentemente a vida das pessoas, gerando prejuízos para a sua atuação independente (IDEM).

Além disso, mais recentemente a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 2014), diverge da visão de normalidade trazida pelos padrões biomédicos para a consolidação da diversidade humana, onde aponta as pessoas com deficiência como seres humanos titulares de respeito e dignidade, independentemente de sua limitação funcional.

Com efeito, a mesma também reconheceu, através do decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009, a influência do ambiente na deficiência, principalmente com relação às barreiras que impedem a participação na sociedade e a natureza das limitações funcionais, considerando pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diferentes barreiras, podem dificultar sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade com as demais pessoas (BRASIL, 2014).

Compreendendo a natureza da limitação funcional, a Convenção ampliou o conceito de pessoa com deficiência física (DF), ao incluir o nanismo e a ostomia em sua definição, sendo esta modalidade de deficiência caracterizada como

alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2014, p. 31).

As principais causas deste tipo de deficiência podem estar relacionadas à genética, às alterações que ocorrem durante o período de gestação, ao parto, a desordens relacionadas aos primeiros dias de vida do bebê, além disso, podem ter origem em traumas e lesões (BRASIL, 2012b), decorrentes de quedas, acidentes automobilísticos e/ou ferimentos por projétil de arma de fogo (BRASIL, 2013a), doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis, como acidente vascular encefálico e diabetes (BRASIL, 2012a), gerando grandes prejuízos para o indivíduo, bem como altos investimentos para o sistema público de saúde.

Em adição, as atuais discussões sobre a deficiência evidenciam uma perspectiva que se descreve como uma interação entre o modelo médico, relacionado às características intrínsecas das

peessoas com deficiência, e o modelo social, atrelado aos aspectos sociais e ambientais, sendo as barreiras sociais determinantes para identificação da pessoa com deficiência, explicitando assim, que a deficiência se encontra na sociedade, e está relacionada aos fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, Maia (2013) afirma que o ambiente do sujeito possui um impacto relevante sobre a experiência e a extensão da deficiência, pois ambientes inacessíveis criam deficiência ao apresentarem barreiras à participação e inclusão das pessoas. Essas barreiras, sejam culturais, econômicas, tecnológicas, arquitetônicas, entre outros, impedem que as pessoas com deficiência participem ativamente na sociedade.

Muitas vezes esses dois modelos são visualizados separadamente, no entanto, a compreensão da deficiência não perpassa pela lógica de algo puramente médico ou puramente social, mas, exige a interação entre eles, equilibrando o devido peso dos diferentes aspectos da deficiência (BRASIL, 2012a). Portanto, evidencia-se que, superar a deficiência não é somente cuidar dos impedimentos físicos, mentais, intelectuais e/ou sensoriais, mas possibilitar e criar mecanismos que eliminem ou reduzam as barreiras existentes no ambiente (MAIA, 2013).

2.2 MARCOS PARA OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

2.2.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Com o avanço das discussões sobre a compreensão da pessoa com deficiência a Organização Mundial da Saúde, propôs em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, baseada em uma abordagem biopsicossocial que oferece componentes de saúde nos níveis corporais e sociais (OMS, 2004).

A CIF serve como um padrão mundial de conceitualização e classificação tanto da funcionalidade, quanto da incapacidade, oferta um recurso técnico gratuito que disponibiliza informações de saúde e incapacidade, tais como, suporte para políticas baseadas em direitos; linguagens, termos e conceitos comuns para que pessoas com dificuldades funcionais possam interagir com profissionais e sistemas, sejam eles de saúde, educação e assistência social; estrutura organizada de dados para contribuir com uma compreensão nacional e internacional de funcionalidade e incapacidade e ferramenta para vários fins, sejam estes, de esclarecimento da

relação entre dados, informações e conhecimentos e compreensão e interpretação compartilhada de conceitos (OMS, 2013).

Além disso, a CIF define o termo funcionalidade como os aspectos positivos da interação entre o indivíduo e sua condição de saúde e os fatores ambientais e pessoais. Já o termo incapacidade diz respeito aos aspectos negativos dessa interação (OMS, 2013). Diante disso, fica evidente o impacto do ambiente sobre o indivíduo, ou seja, um ambiente que obstaculiza e não oferece facilitadores irá restringir o seu desempenho, por outro lado, mais facilitadores podem contribuir para a melhora do mesmo. A sociedade, então, mostra-se como um ator importante podendo tanto ampliar quanto limitar o desempenho de um sujeito, como por exemplo, ao criar barreiras – como os prédios inacessíveis, ou não fornecendo facilitadores, como a indisponibilidade de dispositivos de auxílio, limita-se o desempenho da pessoa (OMS, 2004).

Nesse sentido, Farias e Buchalla (2005) afirmam que através da CIF pode-se pensar na relação entre deficiência e incapacidade, pois elas não se configuram somente como consequência da doença ou da saúde, mas também podem ser determinadas pelo contexto (ambiente físico e social), pelas diferentes percepções culturais e atitudes da sociedade em relação à deficiência, assim como pela disponibilidade de serviços e legislação.

2.2.2 Convenção Sobre os Direitos da Pessoa Com Deficiência

A convenção promulgada no ano de 2006 trouxe mudanças significativas com relação às questões jurídicas das pessoas com deficiência, assim como modificações de abordagens direcionadas às mesmas, além de novas concepções atitudinais, onde as ideias de caridade foram substituídas por reconhecimento desses sujeitos como participantes ativos na sociedade, de direitos iguais e com plena capacidade de autonomia (IDDC, 2012).

Para a consolidação desses ideais, a convenção retoma a ideia de desmistificar a deficiência como algo puramente orgânico, alterando o paradigma do modelo médico para o social. Além disso, afirma que as dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência englobam também os fatores ambientais, tais como barreiras físicas e sociais que impedem que esses sujeitos possam usufruir de seus direitos nos contextos os quais estão inseridos. Essa nova visão atribuída na convenção, não despreza as questões físicas e funcionais, mas afirma que somente estes fatores não

são determinantes para caracterizar as dificuldades ou barreiras que o indivíduo possa enfrentar (LEITE, 2012).

Com relação aos ambientes que apresentam tais barreiras, estes podem definir-se como intimidadores para as pessoas com deficiência além de não possibilitar às mesmas a oportunidade de expressar suas habilidades e o desenvolvimento de seus potenciais (PRADO, 2006 apud LEITE, 2012, p. 50).

Compreende-se assim que a contribuição da convenção é significativamente positiva para a ruptura de antigos paradigmas associados às pessoas com deficiência, quando atribui às barreiras arquitetônicas, de comunicação e atitudinais como impedimentos para a plena inclusão social destes sujeitos, devendo por isso ser removidas (BRASIL, 2014).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi criada pelo Ministério da Saúde para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS, ela nasceu do resultado de diversos movimentos e longa mobilização, tanto nacional como internacional, de muitos atores sociais e institucionais (BRASIL, 2010a).

Caracteriza-se pela busca da reabilitação da pessoa com deficiência em sua capacidade funcional, contribuindo para a inclusão a que está proposta em todos os aspectos da vida social, além de proteger a saúde desse segmento populacional e prevenir o aparecimento de deficiências por meio da prevenção de agravos (BRASIL, 2009).

Para que o propósito da política seja alcançado, foram estabelecidas algumas diretrizes que servem para orientar a definição e/ou a readequação dos planos, projetos, programas e ações voltados à operacionalização da mesma, entre elas: promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; assistência integral à saúde da pessoa com deficiência; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2008a).

No que diz respeito à aplicabilidade de tais diretrizes, é fundamental que os gestores do SUS, nas três esferas de governo, realizem parcerias articuladas e integradas com as áreas da educação, desenvolvimento social, direitos humanos, habitação, justiça, transporte, trabalho, esporte e turismo, no intuito de consolidar compromissos institucionais para a contínua inclusão

das pessoas com deficiência em suas comunidades, habilitando-as e reabilitando-as para a vida social, de acordo com suas potencialidades (BRASIL, 2010a).

Ao considerar as articulações que podem ser realizadas pelos governos para garantir a inclusão das pessoas com deficiência, foi elaborado o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem limite, que reforçou o compromisso do governo brasileiro com os direitos das pessoas com deficiência, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à inclusão social, educação, acessibilidade e atenção à saúde visando a continuidade na implementação de ações através do apoio ao pleno e efetivo serviço legal por todas as pessoas com deficiência, bem como a equiparação de oportunidades, no intuito de valorizar o protagonismo e as escolhas dos indivíduos com e sem deficiência (BRASIL, 2013b).

Em uma perspectiva mais local, articulado ao Plano Viver sem Limite, o estado do Pará criou o Plano Estadual de Ações Integradas à pessoa com deficiência “Existir” para cumprir o compromisso de buscar a continuidade de avanços no marco civilizatório em Direitos Humanos no estado. O plano Existir presume a sistematização e descentralização dos serviços estaduais com ações realizadas de forma articulada, organizada e estruturada para garantir a atenção às pessoas com deficiência de forma integral (PARÁ, 2013).

No âmbito da saúde, as pessoas com deficiência possuem como direito o acesso aos serviços de saúde gerais e especializados, órteses e próteses, entre eles, aparelhos auditivos, cadeira de rodas, bolsas de colostomia, óculos e próteses mamárias, além de outras ajudas técnicas necessárias ao atendimento do cuidado em saúde (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, é importante destacar que para a melhor efetivação na inclusão, habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência é necessário incluir ações na comunidade, que transformem os ambientes ao eliminar barreiras físicas e sociais que impedem a plena participação dessas pessoas (BRASIL, 2010a), além de possibilitar o acesso de saúde nos diversos níveis de atenção, inclusive na atenção primária.

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A atenção primária em saúde (APS) vivenciou diversos momentos que marcaram a sua construção e consolidação no cenário internacional, e no que diz respeito ao movimento sanitário internacional, duas grandes abordagens surgem para orientar a implantação dos serviços: a Atenção

Primária à Saúde Seletiva e a Atenção Primária à Saúde Abrangente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A primeira refere-se à seleção de doenças e suas respectivas possibilidades de tratamento, na tentativa de integrá-las como prioridades nas ações do sistema de saúde em países em desenvolvimento (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009), e se traduz através de objetivos restritos, necessidades previamente determinadas de grupos populacionais que se encontram em situação de extrema pobreza, com recursos tecnológicos de baixa densidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Essa proposta determinou alguns aspectos a serem trabalhados pelas ações de saúde, como o acompanhamento do desenvolvimento infantil, a reidratação oral, imunização, aleitamento materno, planejamento familiar, e outros. Essa prévia seleção configurou uma visão de Atenção Primária de caráter preventivo, desconsiderando aspectos mais abrangentes, como os fatores socioeconômicos, históricos-pessoais, culturais e políticos (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

Além disso, esta abordagem favoreceu, no Brasil, o fortalecimento de práticas com enfoque biomédico, priorizando as ações em atenção primária a determinados grupos populacionais, como gestantes, crianças e sujeitos com doenças crônicas. Portanto, os indivíduos que não se enquadravam nesses grupos eram direcionados aos serviços nos níveis secundário e terciário de saúde, como pessoas com sofrimento psíquico, algumas incapacidades ou deficiência (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

A segunda abordagem denominada Atenção Primária à Saúde Abrangente, surgiu de esforços que visavam a recomposição da atenção primária para o enfretamento do enfoque seletivo, por meio da iniciativa da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que defendiam a necessidade de uma atenção universal e abrangente, buscando uma integralidade e horizontalidade no desenvolvimento dos sistemas de saúde, garantindo cuidados que fossem norteados pela qualidade, evidenciando a promoção, prevenção, intersetorialidade, participação social e a responsabilidade dos governos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2002; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

Essa abordagem define a atenção primária como o local de acolhimento de todos os problemas de saúde, com a finalidade de efetivar o acesso, a coordenação do cuidado, a integralidade, a longitudinalidade, a orientação da família e comunidade, assim como, a cultura local (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, as práticas em saúde são moldadas de acordo com as necessidades populacionais, que requerem ações individuais ou coletivas, no intuito de prevenir e controlar doenças e agravos, assim como proteger e promover saúde, para melhor planejamento e organização da atenção básica (PAIM, 2006).

Esse novo olhar permite a apreensão das necessidades de saúde, buscando o exercício da liberdade humana na busca de sua felicidade e a melhora na qualidade de vida, utilizando como instrumentos de prática, a epidemiologia em conjunto com as ciências sociais, além da contribuição de todos os saberes, sejam os científicos e/ou populares, visando a identificação das necessidades sociais e um melhor planejamento das estratégias em saúde, assim como a elevação da consciência sanitária e das ações intersetoriais (SOUZA, 2014).

Rocha, Paiva e Oliveira (2012) afirmam que, na perspectiva da APS abrangente, o primeiro contato do sujeito com o sistema de saúde aconteceria através do papel da unidade de saúde local, seja este contato para o tratamento de doenças e/ou outros cuidados, como o encaminhamento para especialidades. Além disso, as equipes que ofertam o cuidado à saúde, deveriam levar em consideração os aspectos orgânicos e biológicos, psíquicos e sociais, reconhecendo assim a complexidade do processo saúde-doença.

Devido ao grande movimento da Reforma Sanitária brasileira, o SUS foi implantado e com ele, ocorreu o fortalecimento da rede de Atenção Primária à Saúde (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, considerando os aspectos da APS abrangente, lançou a Política Nacional de Atenção Básica que define a APS como um conjunto de ações de saúde, “no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012c, p. 19), e possui como objetivo principal o desenvolvimento de ações integrais que busquem mudar a situação de saúde e promover a autonomia das pessoas. A APS utiliza tecnologias simples e de menor custo para atender as demandas e necessidades de saúde da população, por outro lado, necessita de uma rede complexa para articular suas ações no território (BRASIL, 2012c).

A APS possui algumas especificidades que auxiliam o seu funcionamento, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultórios de Rua, Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, Programa Saúde na Escola, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da

Família (NASF), entre outros. A ESF é uma especificidade da APS que possui uma equipe organizada que busca favorecer a expansão e qualificação da atenção primária, assim como a tentativa de consolidação efetiva dos princípios, diretrizes e fundamentos da APS, além de proporcionar uma relação custo-efetividade (BRASIL, 2012c).

Para ampliar o acesso aos serviços da atenção primária em saúde através da figura das Estratégias Saúde da Família, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 republicada em 4 de março do mesmo ano, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, visando a ampliação, a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização da rede de serviços (BRASIL, 2010b).

O objetivo do NASF é oferecer apoio às ESF, aperfeiçoando e ampliando as ações de saúde na Atenção Básica sendo responsável por um determinado número de equipes de saúde da família (EqSF) adscritas em sua área de abrangência. Sua equipe é composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento cuja atuação é realizada de forma compartilhada com as EqSF, contribuindo nas práticas em saúde através da troca de experiências e saberes identificados em conjunto (BRASIL, 2010b).

Outro aspecto importante que deve ser apontado é o fato de o NASF não se configurar como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, sendo apenas suporte das equipes de saúde da família. Além disso, a Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012 classifica o NASF em três modalidades, de acordo com a sua abrangência, onde o NASF 1 deve estar vinculado de 5 a 9 EqSF, o NASF 2 ligado de 3 a 4 EqSF e o NASF 3 associado de 1 a 2 EqSF (BRASIL, 2012d). Essa abrangência faz com que o acompanhamento dos usuários aconteça em toda a extensão do território, fazendo com que a resolutividade seja potencializada e os encaminhamentos a outros níveis de atenção sejam reduzidos (BRASIL, 2008b).

As ações do NASF são embasadas de forma corresponsabilizada com os profissionais das ESF, onde os mesmos dialogam sobre os atendimentos que são realizados, com o intuito de superar a visão fragmentada de saúde, possibilitando a construção de redes de atenção e cuidado. Algumas estratégias utilizadas são as intervenções no território, como projetos de saúde, grupos, trabalhos educativos e de inclusão social, enfretamento à violência e ruptura social, atendimento domiciliar e ações próximas aos órgãos e locais públicos, aproximando as ações de saúde do território, fazendo com que a comunidade seja agente participativo nesse processo (BRASIL, 2010b).

O terapeuta ocupacional, como profissional competente para atuar no NASF, desenvolve seu trabalho por meio da capacitação de equipes, atendimentos individuais e/ou grupos, orientação familiar (SILVA; MENTA, 2014) e intervenção direta no cotidiano das pessoas atendidas, buscando ativamente as demandas apresentadas pela comunidade como sua realidade social, econômica e de saneamento, compreendendo as particularidades de cada público que a compõem, como homens, mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, para assim proporcionar novos conhecimentos sobre esses indivíduos e ampliar a visão da sociedade sobre os mesmos (JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008).

No que diz respeito à pessoa com deficiência, estudos mostram a atuação deste profissional na APS sobre vários aspectos, como Antunes e Rocha (2011) expõem em sua pesquisa em uma ESF no município de São Paulo, apontando que as principais ações desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional eram estimulações em crianças de alto risco ou com alguma deficiência, movimentação corporal e alongamentos, adaptações para Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), tecnologia assistiva, inclusão escolar e social, facilitação da independência e autonomia, e ações voltadas para construção de redes de apoio e organização do cotidiano.

Somando-se a isto, há estudos que corroboram com a Terapia Ocupacional na APS no aspecto da reabilitação, onde esses profissionais abordam a inserção das PCD em grupos de diferentes modalidades (lúdicas, corporais, educativas, grupos de convivência, oficinas de geração de renda etc.) e buscam criar redes de apoio social que redefinem a reabilitação como parte das intervenções em saúde, através de ações de socialização, como contatos telefônicos, reencontros com os vizinhos e reuniões familiares, para possibilitar a convivência e participação social, assim como o enfretamento da solidão e a eliminação de preconceitos, permitindo que as pessoas com deficiência exercitem seus direitos como usuários no SUS e sociedade (ROCHA; KRETZER, 2009; FERREIRA; OLIVER, 2010; ROCHA; SOUZA, 2011).

Outra atuação importante demonstrada na literatura, é o estudo de Ferreira e Oliver (2010) que revela a atenção domiciliar como uma estratégia de assistência às pessoas com deficiências físicas, onde abordam que, o terapeuta ocupacional pode atuar no domicílio, no sentido de identificar e avaliar a PCD no seu contexto natural, ao observar tarefas que não são usuais e importantes e determinar planos de tratamento condizentes com as necessidades mais urgentes do usuário.

Dessa forma, fica evidente que o terapeuta ocupacional precisa compreender o indivíduo em um contexto holístico, visualizando a pessoa e suas singularidades, as limitações, o ambiente, a família e as principais necessidades que este público evidencia, entre elas, as necessidades de saúde e as necessidades ocupacionais.

2.5 PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UMA COMPREENSÃO DE SUAS NECESSIDADES

A necessidade apresenta diferentes significados, dentre eles, revela a ideia de falta ou carência, assim como aquilo que é indispensável. Tendo em vista que o ser humano estabelece sua vida em determinado tempo histórico, em diversos contextos, relações e elementos, várias necessidades são produzidas, como as de segurança, culturais, diminuição de riscos e vulnerabilidades, entre outras (RABENHORST, 2007; FERTONANI, 2010).

A pessoa com deficiência possui diversas necessidades, tanto de saúde quanto ocupacionais, perante isto, faz-se necessário compreendê-las como um fator significativo que possibilita reflexões importantes acerca dos serviços de saúde, bem como sobre a estruturação dos mesmos para a oferta da assistência (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVEZ, 2000).

No que diz respeito às necessidades de saúde, estas surgem na vida dos sujeitos por meio do carecimento, que caracteriza-se quando os mesmos identificam, em certas situações, que carecem de algo ou que precisam corrigir algum aspecto em seu atual estado de vida, seja uma alteração orgânica e/ou física que traz implicações para o seu cotidiano. A partir disso, ocorre aquilo que é definido como demanda, ou seja, quando o indivíduo realiza uma busca ativa de alternativas que possam intervir nos aspectos de carecimento identificados. A execução de qualquer intervenção sobre esses carecimentos e os resultados obtidos nesse processo são compreendidos como necessidades de saúde (SHRAIBER; MENDES-GONÇALVEZ, 2000).

As necessidades de saúde se traduzem como um fenômeno complexo, e para uma compreensão mais sistemática, Cecílio (2009) compôs uma taxonomia constituída de quatro grandes grupos, sendo estes, “ter boas condições de vida”, onde afirma que a maneira de onde e como se vive traduz as diferentes necessidades; “acesso ao consumo de tecnologias capazes de melhorar e/ou prolongar a vida”, que é entendida através do uso das diferentes tecnologias de saúde, de acordo com a necessidade de cada sujeito, assim como, os particulares momentos em que vivem.

É importante ressaltar que, a hierarquia da importância dessas tecnologias é estabelecida em conjunto, entre técnicos e as pessoas com suas necessidades reais.

Outro conjunto de necessidades corresponde a “criação de vínculos (a)efetivos”, caracterizado como a relação de confiança estabelecida entre equipe/profissional e usuários, que ultrapassa os limites de um simples atendimento, e debruça-se sobre o encontro de diferentes subjetividades. O último grupo de necessidades diz respeito à “autonomia nos modos de andar a vida” o que evidencia a possível reconstrução dos sentidos de vida e a possibilidade de ressignificar os modos de viver, o que implica também, na luta pela satisfação das necessidades do indivíduo (CECÍLIO, 2009).

Ainda sobre este aspecto, autores afirmam que as principais necessidades das pessoas com deficiência não estão somente na estrutura física e comprometimentos funcionais apresentados por elas, mas vinculam-se às dificuldades no viver e convivência com a sociedade, no sentimento de limitações e pesar para os familiares, no acesso a oportunidades, (OTHERO; DALMASO, 2009), nos serviços para além da deficiência como cuidados odontológicos, ginecológicos e emergenciais, ativação de redes de suporte junto à família e comunidade, na construção de estratégias próprias de enfrentamento e no (re)encontro com atividades significativas (OTHERO; AYRES, 2012).

Sob o ponto de vista do homem e o envolvimento em suas ocupações é importante ressaltar que estas concernem às atividades cotidianas que as pessoas desempenham como indivíduos, nas famílias e nas comunidades para ocupar o tempo e trazer significado e propósito à sua vida. As ocupações abrangem também, aquelas atividades que as pessoas precisam, desejam e esperam fazer (WFOT, 2012).

Desse modo, quando os sujeitos não conseguem engajar-se em suas ocupações significativas, produzem a necessidade ocupacional (NO), que de acordo com Ruiz-Tagle, Tejada, Echeverria (2009) é definida por meio da percepção de uma lacuna ocupacional; que modifica o sentimento de satisfação de vida, alterando a participação da pessoa no desempenho de ocupações significativas, ou seja, ao perceber essa carência, o indivíduo procura alternativas para tentar satisfazê-la por meio do fazer. Essa definição envolve diversos conceitos chaves que possibilitam compreender a NO de maneira mais clara.

Um desses conceitos que embasam a NO, é o termo percepção, que se constitui pelo mecanismo no qual o homem adquire conhecimento, tanto de seu mundo exterior como de seu

próprio mundo interior. Tudo o que é percebido adquire um conteúdo significativo sendo determinados e organizados de acordo com o estado emocional, sentimento e estado de ânimo, ou seja, o indivíduo vê o que espera ver. Além disso, pelo fato do homem se relacionar com a sua afetividade, a necessidade ocupacional irá diferir de uma pessoa para outra, mesmo que estas estejam envolvidas em um mesmo contexto (CAPPONI, 2013).

Conforme o sujeito percebe e doa significado ao seu desempenho nas distintas ocupações da vida, conscientiza-se que as mesmas são importantes e proporcionam satisfação à medida que são desempenhadas adequadamente, por outro lado, o fato de estar privado das suas ocupações significativas modifica o sentimento de satisfação, prazer e gratificação (RUIZ-TAGLE; TEJADA; ECHEVERRIA, 2009), o que pode ser visualizado nas pessoas com deficiência quando não possuem suas necessidades atendidas.

Outro conceito importante é a lacuna ocupacional que acontece entre o que o indivíduo quer e necessita fazer e o que ele realmente faz (ERIKSSON, 2007). A lacuna ocupacional irá fazer com que o indivíduo tenha a capacidade de constituir sua vida, ou seja, de compreender-se e questionar-se desde sua história até o sentido de sua existência, podendo através disso, planejar sua vida para poder chegar a ser, fazer e estar de acordo com os seus interesses e motivações (RUIZ-TAGLE; TEJADA; ECHEVERRIA, 2009).

A participação também é um conceito chave envolvido na NO que aborda muito mais do que envolver-se em uma atividade, mas considera o desempenhar de uma ocupação em um contexto temporo-espacialmente determinado, assim como o acesso social e físico (RUIZ-TAGLE; TEJADA; ECHEVERRIA, 2009).

No que diz respeito às ocupações significativas, Ruiz-Tagle, Tejada, Echeverria (2009) afirmam que estas doam identidade à pessoa, ao mesmo tempo que a definem e contribuem para a formação da sua história ocupacional, devido ao fato de serem auto iniciadas e autodirigidas. Ao desempenhar suas ocupações, o indivíduo envolve-se em um fazer comprometido que promove saúde e bem estar, externando seus interesses, crenças e habilidades.

Logo, pode-se compreender que, as lacunas ocupacionais produzem necessidades ocupacionais no indivíduo por meio de um processo de análise, introspecção, reflexão e/ou conscientização de sua vida ocupacional (RUIZ-TAGLE; TEJADA; ECHEVERRIA, 2009).

Diante do exposto, observa-se que as pesquisas envolvendo as pessoas com deficiência física, abordam separadamente os conceitos necessidades de saúde e necessidades ocupacionais,

sem o intuito de relacioná-las, além disso, destaca-se a contribuição distinta de ambas, onde a primeira volta-se mais para as questões de saúde, serviços e inclusão social e a segunda, lança seu olhar para os engajamentos e participação em ocupações significativas.

Ademais, é fundamental que hajam pesquisas que estudem a oferta de serviços de atenção primária de acordo com as necessidades das pessoas com deficiência física, principalmente no âmbito da atuação da Terapia Ocupacional nesse contexto, onde esses profissionais podem, de acordo com as suas competências, proporcionar serviços, programas, intervenções e ações voltadas e adequadas à essa necessidade da vida cotidiana.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Identificar as necessidades de saúde e as necessidades ocupacionais das pessoas com deficiência física e compreender a prática profissional dos terapeutas ocupacionais que atuam na atenção primária.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as necessidades de saúde e as necessidades ocupacionais de pessoas com deficiência física usuárias de serviços de atenção primária em saúde;
- Conhecer serviços da atenção primária em saúde que são ofertados para as pessoas com deficiência física;
- Compreender a utilização dos serviços de atenção primária pelas pessoas com deficiência física e;
- Compreender à luz das necessidades de saúde e às necessidades ocupacionais das pessoas com deficiência física, a prática profissional de terapeutas ocupacionais na atenção primária em saúde.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa baseou-se na abordagem qualitativa com enfoque descritivo e caráter transversal. A abordagem qualitativa, não busca compreender apenas o fenômeno em si, mas perceber o significado, tanto individualmente quanto coletivamente, na vida dos sujeitos e o que este representa para eles. Portanto, a pesquisa qualitativa busca entender de maneira mais intrínseca as vivências, as experiências de vida e as representações que estas trazem, além de produzir um conhecimento mais profundo sobre o que é invisível ao olhar comum (TURATO, 2005).

Este estudo possui enfoque descritivo de caráter transversal. O enfoque descritivo permite a especificação das características, fatos ou fenômenos de determinada população ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002), enquanto que, o caráter transversal permite a descrição de um acontecimento em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo, ou seja, sem período de seguimento (THOMAS, 2008).

A metodologia foi escolhida com base em estudos anteriores que utilizaram a abordagem qualitativa com o intuito de oferecer uma escuta singular às pessoas com deficiência sobre suas necessidades (OTHERO; AYRES, 2012), além disso, outros estudos adotaram o enfoque descritivo e o caráter transversal para realizarem suas pesquisas com este público a fim de identificar as questões voltadas às redes de apoio social e como estas contribuem para o acesso aos serviços de saúde e a inclusão social (HOLANDA, 2015).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu na cidade de Belém, estado do Pará que, segundo o censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é caracterizada por uma população de 1.393.399 com uma estimativa de 1.446.042 no ano de 2016. Possui 1.059,458 km² de área territorial e 1.315,26 hab/km² em sua densidade demográfica.

A pesquisa foi desenvolvida considerando a divisão dos distritos administrativos nos quais o município de Belém é organizado. O referido município, de acordo com a lei municipal nº 7.603, de 13 de janeiro de 1993, é estruturado territorialmente, em oito distritos administrativos.

Estes definem-se como sendo o conjunto de bairros e/ou áreas limítrofes com densidade demográfica e funções urbanas, diversas ou não, e particularidades a exigirem planejamento integrado, ação conjunta e permanente união de esforços para a efetuação de serviços públicos de interesse partilhado de caráter local (BRASIL, 1994). Com base nos dados do Censo Demográfico do IBGE (2010) identificou-se a seguinte distribuição de pessoas com deficiência física nos distritos administrativos (Tabela 1) mencionados anteriormente:

Tabela 1. Distritos administrativos do município de Belém e distribuição de PCD.

SIGLA	DISTRITO ADMINISTRATIVO	DISTRIBUIÇÃO DAS PCD
DAMOS	Distrito Administrativo de Mosqueiro	2,51%
DAOUT	Distrito Administrativo de Outeiro	4,34%
DAICO	Distrito Administrativo de Icoaraci	12,64%
DABEN	Distrito Administrativo do Bengui	19,29%
DAENT	Distrito Administrativo do Entroncamento	11,74%
DASAC	Distrito Administrativo da Sacramenta	14,94%
DABEL	Distrito Administrativo de Belém	14,50%
DAGUA	Distrito Administrativo do Guamá	20,04%

Fonte: BRASIL, 1994; IBGE, 2010.

4.3 DELINEAMENTO DE PESQUISA

Resumidamente, a coleta de dados da pesquisa foi composta de três etapas. A primeira etapa sucedeu por meio da realização da entrevista semiestruturada destinada aos profissionais de Terapia Ocupacional em horários e locais anteriormente agendados. A segunda etapa foi caracterizada pelo levantamento da existência de DF, seguido de agendamento prévio, convite e realização da entrevista semiestruturada (Apêndice A e B). As entrevistas gravadas foram posteriormente transcritas para análise. A terceira etapa se constituiu pela organização e análise dos dados levantados através das entrevistas e articulados com a produção de conhecimento do campo (**Figura 1**).

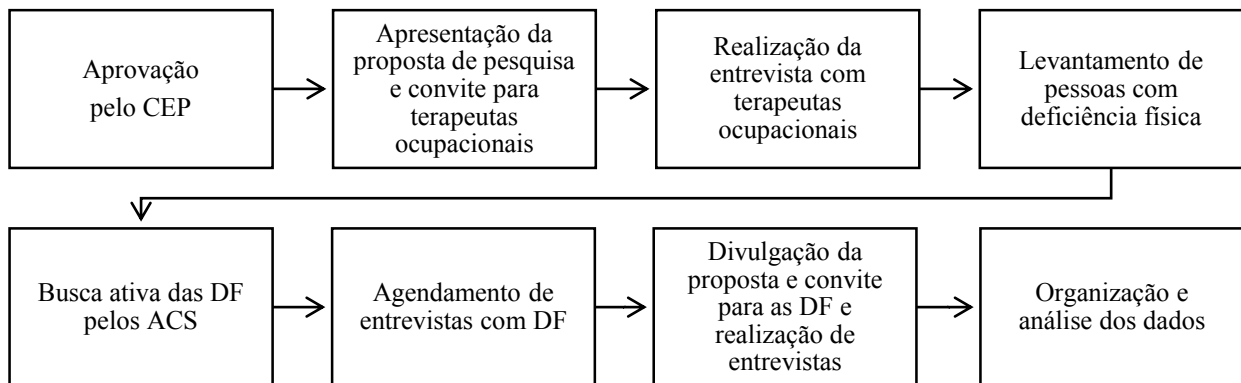


Figura 1: Fluxograma das etapas da pesquisa.
Fonte: Autores.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi realizado o contato e apresentação da proposta de pesquisa junto aos terapeutas ocupacionais que atuam nos NASF correspondentes aos distritos administrativos do município de Belém selecionados, convidando-os a participar da pesquisa. Após o aceite dos mesmos, ocorreu a realização da entrevista semiestruturada que foi gravada e posteriormente transcrita.

Em seguida, foi tomado como referência, por meio desses profissionais em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a existência de pessoas com deficiência física nas microáreas que compõem o território de ações do NASF. Para o início da coleta de informações junto às pessoas com deficiência física, os terapeutas ocupacionais e os ACS foram informados sobre os critérios de inclusão e exclusão a fim de auxiliar na identificação de potenciais participantes de pesquisa.

A partir do reconhecimento das pessoas com deficiência física, por meio da busca ativa realizada pelos ACS, houve o agendamento das entrevistas com os mesmos que, nos dias estabelecidos, foram desenvolvidas no domicílio dos sujeitos, uma vez que tem sido uma prática adotada em estudos com pessoas com deficiência (AOKI; OLIVER; NICOLAU, 2011; CRUZ; EMMEL, 2013). No primeiro momento, ocorreu a divulgação da proposta e convite para a participação da pesquisa e, a partir do aceite, foi iniciada a coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada que foi gravada e seguidamente transcrita.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram pessoas com deficiência física advindas de bairros que compõem três distritos administrativos (DASAC, DAGUA e DABEN) e terapeutas ocupacionais atuantes em NASF correspondentes aos distritos DASAC, DAGUA, DABEN, DAENT e DAMOS. Os bairros foram escolhidos de acordo com a existência de serviços de atenção primária em saúde, representados pelos NASF, uma vez que estes dispositivos de atenção oferecem, conforme legislação vigente (BRASIL, 2010a, 2012c), serviços para pessoas com deficiência, além da existência no quadro profissional de terapeutas ocupacionais.

Um levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – CNES (BRASIL, 2016) indica a existência no município de Belém de 11 núcleos, distribuídos em bairros de seis distritos administrativos. Ainda, segundo este levantamento, os distritos DABEL e DAOUT não possuem NASF, por este motivo, não foram incluídos na pesquisa. Além disso, durante o período de coleta de dados, o distrito DAICO não possuía terapeuta ocupacional atuante no serviço, por essa razão, também não foi selecionado para a pesquisa.

A pesquisa ocorreu por meio da amostragem não probabilística do tipo por conveniência, que sugere a utilização de um grupo com características específicas para a seleção (CRUZ; EMMEL, 2013), ou seja, o pesquisador seleciona membros da população que estão mais acessíveis (OLIVEIRA, 2001), sendo um tipo de amostragem destituída de qualquer rigor estatístico (MAROTTI et al., 2008).

Os critérios de inclusão adotados no estudo para compor o grupo de pessoas DF foram estar na faixa etária entre 18 e 59, apresentar algum tipo de deficiência física, residir em um dos bairros administrativos da cidade de Belém e ser usuário dos serviços públicos de saúde. Optou-se por investigar a população adulta em virtude de que esses indivíduos, segundo o IBGE (2010), formam o grupo que possui mais ocupações durante a semana, representando maior potencial de diversificação de sua rotina diária e de realização de cuidados com a saúde. Foram excluídas pessoas acima de 59 anos para que não ficassem demarcados aspectos relacionados ao envelhecimento.

Para compor o grupo de profissionais, o critério adotado foi ser terapeuta ocupacional vinculado a uma NASF pertencente a um dos distritos administrativos de Belém. Além destes

critérios, os participantes de ambos os grupos deveriam apresentar habilidades de comunicação para fornecer informações aos instrumentos de coleta de dados.

Para a preservação da identidade dos sujeitos DF, optou-se por denomina-los DF 1, DF 2, DF 3, DF 4 e DF 5, e para os participantes terapeutas ocupacionais adotou-se a nomenclatura TO 1, TO 2, TO 3, TO 4, TO 5, TO 6, TO 7, TO 8 e TO 9.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu durante o período de julho a novembro de 2017. Os instrumentos que foram aplicados junto aos participantes da pesquisa e deram-se por meio de entrevistas semiestruturadas. As falas foram gravadas e transcritas, para que posteriormente, fossem analisadas.

Para a coleta de dados junto aos terapeutas ocupacionais foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A), elaborado pelos pesquisadores, contendo perguntas acerca da atuação adotada junto às pessoas com DF, ações desenvolvidas, percepção, do ponto de vista do profissional, sobre as necessidades ocupacionais e de saúde das pessoas com deficiência, desafios encontrados para as ações e serviços de saúde na atenção primária desenvolvidos para este público. Para as pessoas com deficiência, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B), também elaborado pelos pesquisadores, contendo perguntas acerca das necessidades de saúde e necessidades de ocupações que estes possuem, a concepção da deficiência, barreiras encontradas no território, participação na comunidade e a utilização dos serviços de saúde na atenção primária.

4.5.1 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com uma pessoa com deficiência física advinda da região metropolitana de Belém, e com três terapeutas ocupacionais de uma instituição pública de assistência de Belém, com objetivo de avaliar a necessidade de possíveis modificações na entrevista semiestruturada destinada a esses participantes. Após o estudo prévio, observou-se a necessidade de mudanças terminológicas e na cronologia das perguntas no intuito de facilitar a compreensão dos entrevistados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram tabulados, sistematizados e categorizados para serem explorados a fim de se buscar uma melhor interpretação e compreensão dos sentidos expressos pelos participantes.

Dentro da pesquisa qualitativa, a análise do conteúdo (AC) surge a fim de buscar uma compreensão da realidade visível e também invisível que pode ser manifestada nas entrelinhas do texto. É uma técnica de interpretação de dados que permite, de maneira sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes vinculadas ao contexto do que é enunciado, e permite também se realizar inferências sobre os dados coletados (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

A AC organiza-se em torno de três fases cronológicas: a pré-análise, fase de organização propriamente dita que tem por objetivo a sistematização dos documentos; a exploração do material que consiste na aplicação das decisões de organização tomadas na etapa anterior, constitui-se em operações de codificação, decomposição ou enumeração; e a fase do tratamento dos resultados obtidos e interpretação, etapa onde os dados brutos são tratados de maneira a se tornarem significativos e válidos, podendo o pesquisador nesta fase propor inferências, adiantar interpretações ou mesmo realizar novas descobertas inesperadas (BARDIN, 2011).

A análise do conteúdo é composta por diferentes técnicas que podem ser utilizadas pelos pesquisadores de acordo com a sua vertente de pesquisa. Neste estudo foi utilizada a técnica de análise por categorias que funciona por meio do reagrupamento de unidades semelhantes, ou seja, a organização do texto em categorias.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes da pesquisa foram abordados, respeitando as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base na Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética pelo Parecer Nº 1.593.032 (Anexo) e a coleta de dados junto aos participantes da pesquisa, somente foi iniciada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C e D).

5 RESULTADOS

Para melhor apresentação dos resultados, os dados obtidos por meio das entrevistas estão descritos conforme nomeado pelos participantes e organizados da seguinte maneira: caracterização dos sujeitos, descrição das necessidades de saúde e ocupacionais na visão das DF, participação das DF por meio da utilização dos espaços públicos e serviços de saúde, seguida da percepção dos terapeutas ocupacionais sobre as necessidades das DF e as estratégias de atuação destes profissionais e seus desafios de prática.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Nove potenciais participantes com DF foram indicados pelos profissionais de saúde, no entanto somente cinco contemplaram os critérios de inclusão. Três participantes não estavam dentro da faixa etária estipulada e um não possuía habilidade de comunicação preservada, impossibilitando o fornecimento de informações à entrevista.

Os 5 participantes DF encontravam-se na faixa etária entre 41 e 57 anos e dividiam-se em 4 sujeitos do sexo masculino e 1 do sexo feminino. Em relação ao estado civil, 2 eram casados, 2 solteiros e 1 não expôs sua situação. Sobre a escolaridade, verificou-se que somente 1 participante concluiu o ensino médio, 2 possuíam ensino médio incompleto, 1 ensino fundamental incompleto e 1 não declarou. Além disso, tinham como diagnósticos doenças congênitas, lesão medular e artrose, e residiam nos distritos DAGUA, DABEN e DASAC, sendo os dois primeiros, aqueles que possuem o maior número de pessoas com deficiência física no município de Belém (IBGE, 2010).

Com relação aos terapeutas ocupacionais, foram entrevistados 9 profissionais atuantes nos NASF referentes aos distritos DAGUA, DABEN, DASAC, DAENT e DAMOS. O tempo de trabalho, na Atenção Primária, dos profissionais entrevistados variou entre 2 anos, sendo este o tempo mínimo de prática profissional, e 5 anos, caracterizando-se como o tempo máximo, gerando uma média de atuação de 3 anos.

5.2 NECESSIDADES DE SAÚDE E OCUPACIONAIS SOB A ÓTICA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Nesta seção foram categorizadas as percepções das DF acerca de suas necessidades de saúde e ocupacionais. Quando indagados sobre as necessidades de saúde, estas pessoas levantaram questões sobre as condições de moradia em que vivem, expressas por ruas esburacadas, alagadas e/ou obstruídas, além da ausência de adaptações, como por exemplo, para cadeirantes, sendo estas necessidades agrupadas na categoria intitulada “*Cenário de vida*”, pois envolve aquelas situações comuns dentro do território onde as DF habitam. Além disso, destacaram também demandas relacionadas ao acesso à aquisição de recursos e acompanhamento em saúde, os quais originaram a categoria denominada “*Acesso aos serviços de saúde*”. E por último, evidenciaram dificuldades advindas da própria deficiência como a de andar e a sua ligação com o desempenho nas tarefas cotidianas, que compõem a categoria “*Comprometimento funcional*” (**Figura 2**).

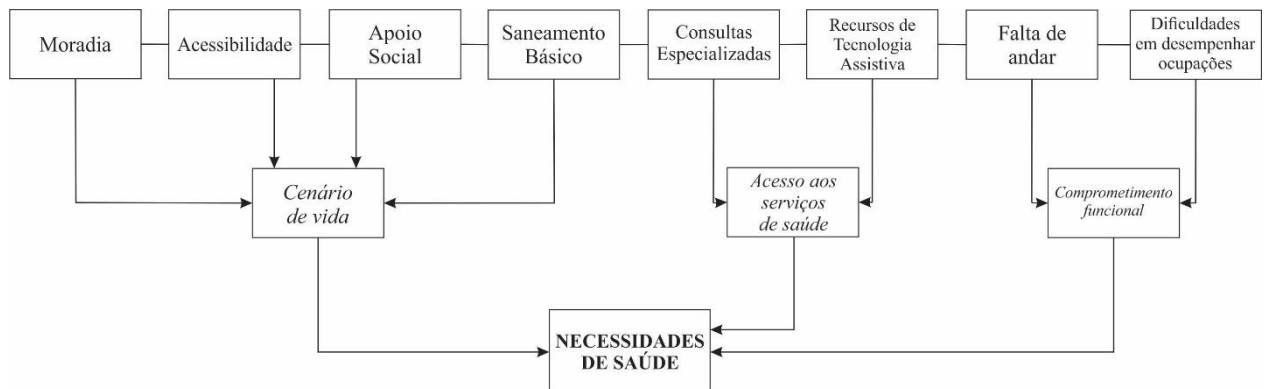


Figura 2: Processo de formação das categorias “Cenário de vida”, “Acesso aos serviços de saúde” e “Comprometimento funcional” que caracterizam as necessidades de saúde de acordo com os relatos das pessoas com deficiência física.

Fonte: Autores.

O “*cenário de vida*” foi associado pelas DF aos aspectos de moradia, acessibilidade e apoio social, traduzidos pela falta de saneamento básico e ruas acessíveis, assim como falta de um apoio social amplo e de um maior comprometimento dos órgãos públicos para a garantia de direitos sociais fundamentais. O contexto de moradia e acessibilidade foi elucidado por DF 2 quando relata a:

“(...) dificuldade do meu irmão passear comigo, me levar na feira, que tem lama, (...) é só areia (...) então pra mim ir ali fazer exame no posto, essa rua daqui não dá pra ir, que

passa a vala pelo meio da rua e aí não tem condições. Ele me leva por aqui, pra pegar a rua asfaltada e dá essa volta todinha, tem que inclinar a cadeira pra poder ir empurrando, é dois, ele e meu sobrinho pra levar (...). E se chove, as vezes eu perco fisioterapia, alaga e aí (...) não dá pra sair. Não dá mesmo. Tem que ser antes da chuva, uma hora antes tem que sair. E às vezes quando eu venho da fisioterapia e eu tenho que esperar duas horas pra poder secar? Fico esperando lá na frente, lá na rua asfaltada pra lá. É, às vezes acontece isso, principalmente quando o inverno, aí é dificultoso (DF 2)”.

Em conformidade com o sujeito anterior, DF 4 reitera essa dificuldade através da vivência como cadeirante, exemplificando as barreiras que encontra nos espaços em que estabelece suas ocupações:

“(...) E também os caminhos (...) que tem lugares que (...) tem mais obstáculos, que não nos ajudam, a cadeira de roda, por exemplo, uma calçada obstruída pelo lixo, (...) que não tem uma rampa adequada pra cadeira de roda, (...) que não tem o acesso livre (...), pra cadeirante (...) (DF 4)”.

Apesar de tais dificuldades, as DF ainda anseiam por resolutividades e consolidação das propostas políticas, assumidas por representantes dos órgãos públicos com a comunidade. Este anseio pode ser aclarado no discurso seguinte:

“(...) Eu tenho fê que, olhe pela [comunidade]² (...), o prefeito, que ele prometeu (...), esse ano, que ele ia asfaltar (...) porque (...) vai ter mais condições do meu irmão passear comigo, me levar na feira né, ir ali pro posto por aqui que é mais perto (...) (DF 2)”.

De acordo com as narrativas dos participantes DF, observou-se como outro ponto comum nas suas respostas, que o “*acesso aos serviços de saúde*” é um aspecto importante para que os sujeitos possam usufruir de uma assistência efetiva de cuidado. Este, foi relacionado pelos mesmos à consultas com especialistas, assim como à necessidade de acesso rápido e qualificado para a obtenção de um recurso de tecnologia assistiva, como próteses, conforme verificado a seguir:

“(...) é difícil a vida pra mim, eu tava precisando também de uma [prótese], pra esse lado aqui, que o outro lado eu tenho, e é difícil né? É muito difícil. Eu já andei por aí, e num [nada]... (DF 1)”.

Todavia, em referência às consultas com especialistas, estas quando ocorrem, ainda estão sujeitas à intercorrências cotidianas, dentro de um serviço público de saúde, como esclarecido adiante:

² [Comunidade] será o termo utilizado no texto para fins de preservação da identidade dos participantes da pesquisa.

“(...) Eu fui pra uma consulta (...), com o neurologista. Só que ele não foi, aí foi marcado (...) pra outra terça-feira (DF 2)”.

O “*comprometimento funcional*” foi outro aspecto levantado como necessidade de saúde, e para as DF está atrelado à falta de andar e à ausência de força necessária para tocar a cadeira de rodas, assim como, à realização de suas atividades cotidianas básicas de maneira independente, como explanado por DF 4 e DF 1, respectivamente:

“[Necessidades] físicas (...), porque eu acho que a pessoa tem que ser um pouco independente pra adquirir aquilo que ela mais quer (...) sem precisar de alguém pra conduzi-la, entendeu? (...) Eu não tenho muita força pra conduzir a cadeira de roda retamente (...) sozinho, então eu preciso de alguém pra me levar aonde eu preciso ir (DF 4)”.

“Pra mim deitar na cama, precisa alguém me ajudar (...), é muito difícil a minha vida aqui (...) (DF 1)”.

Além do mais, o comprometimento funcional foi associado por DF 3, às dificuldades no desempenho de suas ocupações rotineiras, onde é preciso destinar um tempo maior para a execução das mesmas, como visto a seguir:

“(...) aí não dá pra mim ir, porque eu vou devagar (...), até me levantar (...) pra ir no banheiro, me cuidar pra mim ir lá, andando, gingando, que eu ainda vou pro posto me consultar (...) não vou continuar, aí eu não vou (...) (DF 3)”.

Além das necessidades de saúde, as DF foram questionadas sobre suas necessidades ocupacionais, que podem ser compreendidas através das diversas maneiras que as pessoas escolhem ocupar-se. Essas necessidades foram atribuídas às atividades de autocuidado, banho, mobilidade funcional, vestir, que convergiram para a formação da categoria nomeada “*Cuidar de si*”, além de participação social, lazer, relacionamento com pares, que gerou a categoria “*Socialização*”, assim como as atividades de trabalho e educação que produziram a categoria “*Projetos de vida*” (**Figura 3**).

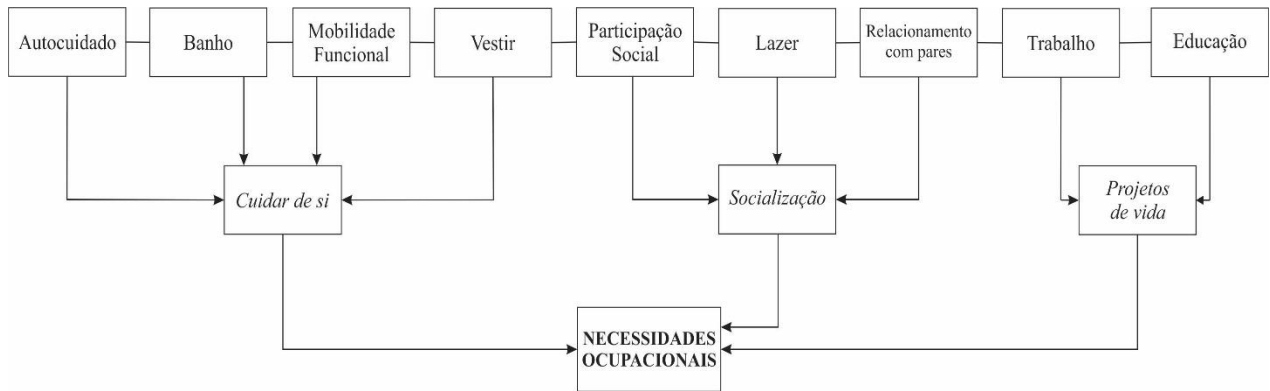


Figura 3: Processo de formação das categorias “Cuidar de si”, “Socialização” e “Projetos de vida” que caracterizam as necessidades ocupacionais de acordo com os relatos das pessoas com deficiência física.
Fonte: Autores.

Os sujeitos demonstraram em suas falas que o “*cuidar de si*” envolve as necessidades mais particulares, ou seja, aquelas relacionadas ao próprio corpo, entretanto, os mesmos identificaram que não conseguem engajar-se devidamente nessas ocupações até mesmo nas mais simples como juntar algo do chão, produzindo um certo grau de dependência o que, muitas vezes, ocasiona um sofrimento diante da situação. DF 1 corrobora o fato ao afirmar que:

“(…) eu não consigo nem pentear o cabelo e vestir a camisa, (…) para ir no banheiro precisa alguém me levar. Pra vestir minha roupa, precisam me vestir (…) andar, fazer, mexer com meus bagulho, cai um negócio no chão… (choro) [ele não consegue pegar] (DF 1)”.

Observou-se que o grau de dependência vivenciado pelas DF não influencia apenas o cuidar de si, mas também na perspectiva da “*socialização*”, os aspectos de viver em comunidade, as trocas de experiências e possibilidades de criação e manutenção de vínculos afetivos, o que foi destacado pelas DF no anseio em engajar-se nas ocupações de lazer e relacionamento com pares, como suas principais necessidades. Sobre a participação no lazer, os entrevistados afirmam:

“Dante eu ia pra bola com os meninos da igreja, agora eu não tenho mais coisa de ir (DF 5)”.

“(…) precisava sair mais sabe? Passear, essas coisas, mas só que meu irmão trabalha, aí ele que cuida de mim (...), sai comigo (...), e aí é essa dificuldade pra... (...) sair mais um pouco (...) Passear... é bom pra mim né? (DF 2)”

A participação social, segundo os entrevistados, também é limitada pelas barreiras sociais e/ou atitudinais caracterizadas pelo preconceito e estereótipos ainda existentes na sociedade atual. Este fator é demonstrado por um dos participantes ao relatar sua tentativa de engajar-se na ocupação relacionamento com pares, onde deparou-se com a seguinte vivência:

“Olha eu vou falar de uma experiência que eu tive agora, há 3 meses atrás. Tinha uma moça que queria me conhecer e tudo, (...) e quando eu expus (...) que eu era cadeirante, ela, sabe ela [movimento de recuo]. Eu acho que o preconceito também (...) haja vista que (...) expus pra ela que eu era cadeirante e tudo, e até mandei foto minha na cadeira de roda, ela se espantou “não, mas você é bonito e tal, você é lindo e tal, mas...”, até aí parou o contato, entendeu? É aí que a gente vê que a pessoa não quer nada com nada (...). Então melhor excluir o contato, do que ficar (...) curtindo esse preconceito que as pessoas têm com a gente né? Eu acho assim (DF 4)”.

Os “*projetos de vida*” foram pontuados pelas DF como aspectos que possuem intensos significados, moldam aquilo que querem ser e/ou desejam realizar. Porém, constantemente deixam de ir em busca de seus objetivos por fatores familiares, sociais e pessoais, como o não reconhecimento de seus potenciais, a falta de oportunidades e o sentimento de desvalorização social. No entanto, foi possível encontrar na narrativa de DF 4, a resiliência em projetar conquistas futuras, ao revelar:

(...) Eu tô com vontade de voltar a estudar nesses tempo agora e, se Deus quiser, se tudo der certo, (...) eu quero fazer um cursinho, quero fazer alguma coisa, entendeu? (...) Tenho muita vontade de ingressar no âmbito escolar (...) Trabalhar com escola (...) lecionando ou história, ou português (...). Eu acho interessante (risos) (DF 4)”.

Diante do exposto, foi verificado que a socialização das DF se enquadra como uma necessidade ocupacional, tendo em vista que foi destacada como uma atividade promotora de autonomia, convivência e possibilidade de formação de vínculos. Nesse sentido, é importante ressaltar a participação desse público dentro da comunidade pelo viés da utilização dos espaços públicos, assim como dos serviços de saúde, o que será explorado na próxima seção.

5.3 PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA POR MEIO DA UTILIZAÇÃO DOS ESPAÇOS PÚBLICOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir dos relatos, no que concerne à dimensão da participação das DF, emergiram aspectos da não utilização dos espaços da comunidade e de acesso dificultado e restrito aos serviços de saúde, originando a categoria “*Restrita ao domicílio*”. O segundo grupo denominado “*Comunidade/Serviços de saúde*” reúne pessoas que usufruem de espaços públicos como supermercados, bancos, igreja, praças, além de serviços de saúde encontrados no território (**Figura 6**).

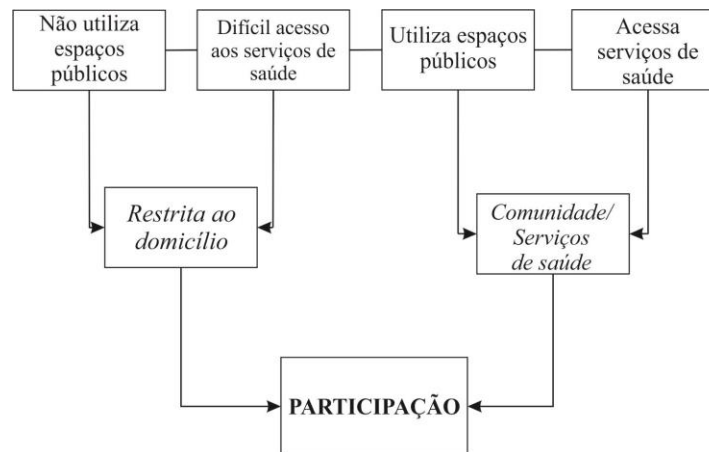


Figura 6: Processo de formação das categorias “*Restrita ao domicílio*” e “*Comunidade/Serviços de saúde*” que caracterizam a participação de acordo com as narrativas das pessoas com deficiência física.
Fonte: Autores.

Sobre a participação “*restrita ao domicílio*”, verificou-se por meio das elocuições dos entrevistados, que esta se dá por meio das visitas de amigos e/ou familiares, conforme ilustrado na seguinte fala:

“(...) eu tenho muito amigo aqui na rua, eu não posso visitar meus amigo, eles que vem aqui, de vez em quando (...). Não participo de nada (...). Eu não vou, eu ia, agora não vou, não vou por causa da minha duas pernas (...). Nenhum lugar (DF 1)”.

A participação também ocorre pela utilização dos serviços de saúde mediante à atenção primária, tais como ESF, NASF e o trabalho dos ACS pois são serviços que oferecem um

acompanhamento mais próximo da sua realidade, ou seja, o domicílio, como confirmado no relato de DF 4:

“(...) já tem a facilidade dos médicos virem aqui né? Através dela [ACS], através do trabalho do pessoal dos agentes de saúde, é que tem vindo os médico aqui, porque é difícil (...) (DF 4)”.

Quando isso não é ofertado faz-se necessário recorrer à angariação de recursos financeiros para a utilização de serviços particulares, todavia, nem sempre há a possibilidade de acessar esta opção, como verificado adiante:

“(...) Às vezes, quando eu tenho dinheiro (DF 1)”.

Ainda que a participação das DF seja limitada, ela ocorre, no entanto, só é possível com o auxílio de um familiar ou amigo, como apontado pelos entrevistados. Além disso, foi verificado que os locais mais acessados são aqueles oferecidos pela família ou direcionados à resolução de problemas sejam estes de saúde, financeiros ou burocráticos, como mencionado por DF 2:

“Costumava. Eu tenho amigo às vezes que ele vem, (...) me leva pra passear. Só que agora ele tá com problema aí (...) não veio mais (...). Às vezes eu vou no Meio a Meio, fazer minhas compras, (...) vou no banco, de lá eu vou pro Meio a Meio, quando eu recebo (DF 2)”.

E confirmado por DF 5:

“Participo lá da minha igreja, nas atividades (...). Gosto de como é, (...) de participar de congresso lá. Quando tem passeio, nós vamos, eu e ela [irmã], retiro (...) (DF 5)”.

Por outro lado, um participante relatou expandir sua participação ao utilizar espaços como praças, shoppings, porém, necessitando ainda de uma supervisão ou auxílio.

“Os lugares que eu sempre vou é no IT Center, no banco, praça de vez em quando, (...) que é a São Sebastião, ou então a Praça do Jaú, a praça Eduardo Angelim, são as praças que eu mais frequento, (...) eu saio pra longe, quando algum amigo vem me buscar pra mim ir pra um passeio. Eu tenho um amigo que sempre vem aqui, ele vem aqui, aí eu saio (DF 4)”.

Diante dos relatos das DF, foi verificado que estas usufruem, em sua maioria, de um número reduzido de espaços da comunidade condicionados à existência de um suporte social e físico e utilizam os serviços de atenção primária para realizar o cuidado em saúde.

Tendo em vista que estas possuem uma diversidade de demandas seja no âmbito da saúde, do engajamento ocupacional e de participação comunitária, é fundamental que os profissionais elaborem estratégias de atuação para atendê-las, percebendo, prioritariamente, as suas necessidades. Nesse sentido, buscou-se compreender as percepções dos terapeutas ocupacionais acerca das necessidades de saúde e ocupacionais das DF, abordadas na seção a seguir.

5.4 NECESSIDADES DE SAÚDE E OCUPACIONAIS NO OLHAR DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

Os terapeutas ocupacionais, quando abordados sobre suas percepções acerca de quais seriam as necessidades de saúde das DF, relataram que estas ultrapassam o comprometimento funcional, pois envolvem aspectos relacionados ao apoio familiar, ou seja, o suporte recebido por parte dos familiares, os conflitos vivenciados no contexto domiciliar e as dificuldades financeiras que agrupam-se na categoria “*Cenário de vida*”, assim como a necessidade de um acompanhamento especializado, traduzindo-se em “*Acesso aos serviços de saúde*” (**Figura 4**).

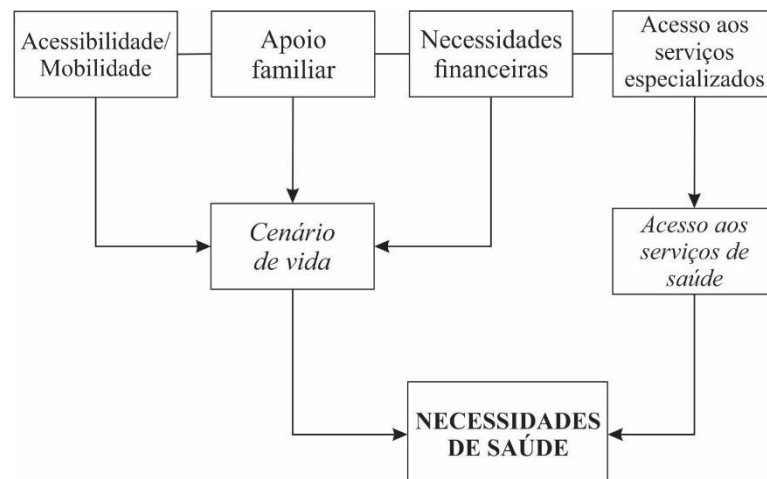


Figura 4: Processo de formação das categorias “Cenário de vida” e “Acesso aos serviços de saúde” que caracterizam as necessidades de saúde de acordo com os relatos dos terapeutas ocupacionais.

Fonte: Autores.

As necessidades de saúde, descritas pelos terapeutas entrevistados, não foram relacionadas somente à condição da deficiência, estas envolvem fatores que compõem o “*cenário de vida*”, bem como o “*acesso aos serviços de saúde*”, que impactam de diferentes formas na vida cotidiana desse sujeito. O participante TO 1 ratifica:

“(...) a gente percebe que a maioria das pessoas que a gente atende (...), que vai até a casa, que (...) percebe uma deficiência física, ela nunca tá sozinha (...), assim, não é só essa a problemática (...), da questão física (...), onde vai impactar nas AVD (...), nas AIVD, na verdade impacta bastante em tudo (TO 1)”.

A categoria “*cenário de vida*”, de acordo com os profissionais, foi composta por situações sociais e familiares encontradas nos relatos das DF discutidos anteriormente. Todavia, foi referida a dificuldade financeira desse público, resultado muitas vezes do abandono do trabalho e dos desafios para ter acesso aos benefícios previdenciários, além dos conflitos familiares envolvidos no gerenciamento da renda por terceiros, como observado no relato do TO 1:

“(...) aí quando tem um problema familiar de desestruturação assim, (...) às vezes a gente atende (...) pacientes que, tem (...) um dinheiro, uma pensão, mas aí existe uma briga por conta de quem pega o dinheiro (TO 1)”.

Outro ponto abordado pelos terapeutas ocupacionais sobre as necessidades de saúde das DF diz respeito ao “*acesso aos serviços de saúde*”, mais especificamente, aos serviços especializados de reabilitação, como visualizado a seguir:

“(...) eles relatam muita dificuldade de fazer um atendimento especializado em outro lugar, a maioria deles é isso, porque precisa né de um atendimento, no caso, uma reabilitação (...) (TO 8)”.

Ademais, podem ser encontradas diferentes dificuldades para a utilização dos serviços de saúde pelas DF, tais como as financeiras, de locomoção e de dispositivos de atenção localizados distantes do território, como afirmado nos relatos abaixo:

“(...) Então são pacientes que, por exemplo, até pela questão financeira, (...) têm dificuldades de ter acesso a um serviço de reabilitação porque é tudo muito longe né. E pra se deslocar tem que ter um carro (...) (TO 4)”.

“(...) a oferta de serviços aqui é muito restrita, a gente não tem nenhum tipo, principalmente nessa área de reabilitação física, a gente não tem nenhuma referência aqui próximo (TO 4)”.

Além das necessidades de saúde, os terapeutas entrevistados, foram interrogados sobre suas compreensões acerca de quais seriam as necessidades ocupacionais das DF, visto que são profissionais que voltam o seu olhar para as ocupações e reconhecem o potencial que o engajamento nas mesmas possibilita para a saúde do público que atende.

Levando em consideração a prática profissional desenvolvida no serviço de saúde da atenção primária, os terapeutas ocupacionais revelaram, sobre necessidades ocupacionais, percepções em consonância com as narrativas das DF, como aquelas relacionadas ao autocuidado que caracteriza o “*Cuidar de si*”, outras associadas à participação comunitária traduzida na “*Socialização*”, porém, emergiram discussões concernentes às oportunidades de engajamento em atividades laborativas, constituindo a categoria “*Envolvimento no trabalho*”, assim como às atividades significativas, que deu origem à categoria “*Sentido do fazer*” (**Figura 5**).

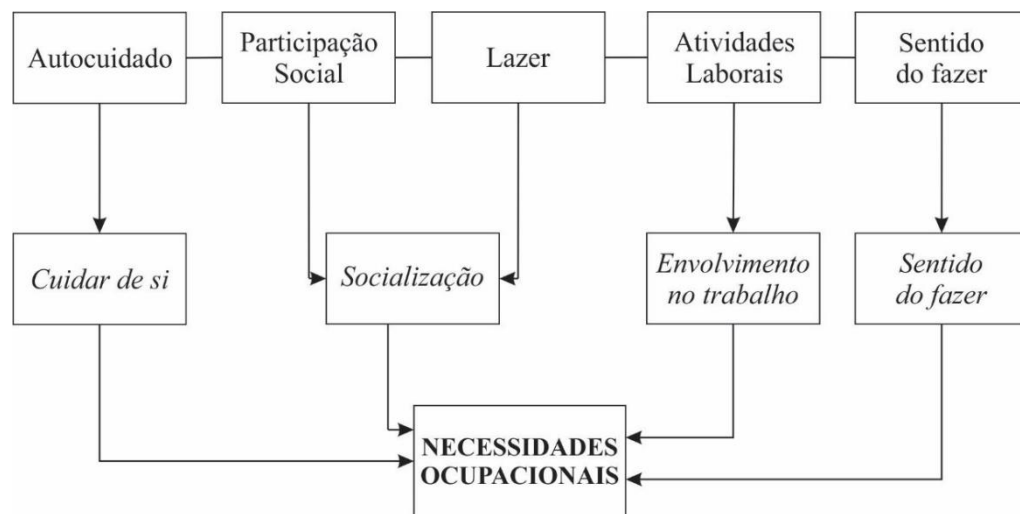


Figura 5: Processo de formação das categorias “Cuidar de si”, “Socialização”, “Envolvimento no trabalho” e “Sentido do fazer” que caracterizam as necessidades ocupacionais de acordo com os relatos dos terapeutas ocupacionais.

Fonte: Autores.

A primeira categoria “*cuidar de si*”, segundo os profissionais, abrange as ocupações singulares do dia a dia das pessoas, as quais podem estar restritas no contexto das DF, conforme experienciado pelo TO 3:

“(…) Eu tenho uma usuária que é muito marcante na minha vida que, eu cheguei pra ela ‘Prazer, sou terapeuta ocupacional’, ela ‘Ai graças a Deus!’, eu ‘Graças a Deus?’, ‘Ah você é aquela pessoa que vai cuidar do meu dia a dia, não é?’, eu ‘Sim, a senhora conhece a Terapia Ocupacional?’, ‘Não, sabe o que é? É que eu já estou de saco cheio de ficar nessa cadeira e eu fui procurar se existia alguma coisa que pudesse me ajudar. Nessa minha pesquisa, que eu pesquisei aqui – era uma idosa – no meu celular, (...) descobri

que tinha uma profissão, e aí meu sonho – ela chorou e eu chorei junto (...) – meu sonho era conhecer, que um dia chegasse um TO que eu tivesse dinheiro pra pagar um terapeuta ocupacional que viesse pra me ajudar pra eu lavar meu copo, porque eu não quero mais que lavem meu copo, que mostre que eu posso pentear meu cabelo sabe?’ (TO 3)”.

A segunda compreende os aspectos da “socialização” que, de acordo com o participante TO 2, envolve o isolamento da DF e a perda de vínculos com familiares mais distantes, amigos e comunidade, ao afirmar que:

“Depende muito, varia muito de pessoa pra pessoa, é que muitas das vezes pela deficiência, (...) elas são postas de lado assim, deixam um pouquinho da sociedade, não tem tanto convivência, não socializam tanto, (...) tem uns que deixam de trabalhar, outros perdem vínculo familiar, ficam só com a pessoa que tá cuidando dele, seja filho, mãe, perde o vínculo com as outras pessoas da família, com as outras pessoas, amigos (...) (TO 2)”.

Este isolamento e a perda de vínculos, podem traduzir restrição ao domicílio, o que por sua vez gera um engajamento ocupacional reduzido, como observado pelo TO 8:

“(...) a maioria deles (...) já se isolaram, tão deitado numa cama, já não fazem mais nada e a família (...) não tem conhecimento e acaba contribuindo pra isso (...), então, eles tão em casa sem fazer nada (...), só vegetando, só comendo, enfim (...) (TO 8)”.

Os terapeutas ocupacionais associam a categoria “envolvimento no trabalho” às atividades laborais e limitações que as DF encontram para engajar-se nessa ocupação, sejam essas pela falta de oportunidade no mercado de trabalho por meio da inclusão ou pelo olhar distorcido da sociedade diante das capacidades desses sujeitos. Sobre essas questões, a TO 3 declara:

“Agora em relação à trabalho, nunca um deficiente físico, por exemplo, vai ser aceito no supermercado grande da [comunidade] (...). Vai ser aceito o deficiente (...) sensorial, (...) mas o deficiente físico propriamente dito, não. Um que tem uma dificuldade ali que dá, talvez. Mas eu digo ‘Ai não, vou lá, vou conversar com o comerciante, vou fazer uma pactuação pra ele aceitar lá o meu deficiente’. Não acontece. Por que que eu digo que não acontece? A gente já tentou. Não acontece (TO 3)”.

Além disso, o participante TO 3 atribui a necessidade ocupacional de engajamento no trabalho à escassez de acessibilidade nos locais e transportes públicos, ao apresentar um posicionamento de uma DF, acerca das dificuldades encontradas:

“(...) ‘Eu [DF] também não posso ir pro trabalho, porque o ônibus, o transporte público não tá adaptado, ou então não funciona, o motorista não para’ (TO 3)”.

A última categoria foi caracterizada pelos profissionais como aquela que corresponde ao ato de ocupar-se, moldado pelo sentido do fazer e exercido através de ocupações que possibilitam uma estrutura para a vida, estas são escolhidas pelos sujeitos, a partir do que desejam fazer, do que escolhem ser.

Contudo também foi relatado que, as DF, muitas vezes deixam de realizar as suas ocupações significativas por diversos fatores, o que pode gerar a perda do sentido, como expõe TO 1:

“(...) existe uma necessidade primária que é de todo mundo, (...) que é da gente buscar sentido nas coisas, ter sentido nas coisas, (...) que (...) é a ocupação no geral (...), daquela que engaja, do que é significativo, aí tem as atividades que preenchem as ocupações que a gente vai fazer no dia a dia, pra tornar aquilo um hábito (...) uma rotina. (...) Aí com a deficiência, acaba perdendo aquela identidade ocupacional, e eu acho um trabalho importante (...) fazer esse trabalho, na identificação, (...) isso é, o resgate, ou (...) a criação (...), a busca de uma nova, a partir de outras ocupações adaptadas (...), compensadas (...) (TO 1)”.

Dentro desse contexto, o TO 6 também discorre sobre a perda do sentido em virtude da deficiência, evidenciando as tentativas de resgate e ressignificação das ocupações:

“(...) tem paciente (...) que era autônomo e às vezes entra em depressão simplesmente porque parou de trabalhar e era ele que era o esteio da família, (...) que resolvia tudo, então é essa questão de ele poder fazer alguma coisa, da gente poder adaptar, essa questão dessa rotina, dessa nova condição, pra ele conseguir ou resgatar essa ocupação que ele tinha, o que muitas vezes a gente não consegue, porque são ocupações muito pesadas pra uma pessoa com deficiência, (...) é pedreiro, é mecânico, (...) são ocupações que a gente realmente não tem como resgatar (...) ou adaptar rotinas pra que ele possa enxergar uma ocupação que seja primordial pra ele pra inserir no contexto de vida dele (...) inserir novas ocupações (...) (TO 6)”.

A partir da apresentação das necessidades de saúde e ocupacionais na percepção dos profissionais, torna-se fundamental compreender como o terapeuta ocupacional, sendo membro constituinte da equipe de atenção primária, pode contribuir com o processo de trabalho e identificar quais alternativas utilizam para oferecer o cuidado em saúde à este público, o que será discutido na próxima seção.

5.5 PRÁTICA PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

No que concerne às estratégias de atuação adotadas pelos terapeutas ocupacionais, foram identificadas, por meio das situações de trabalho relatadas pelos participantes, diversas maneiras de se atuar como visitas domiciliares, grupos, desenvolvimento de adaptações e parcerias, que são ações “*Diretas para DF*”, e educação em saúde e capacitação que se caracterizam como aquelas “*Indiretas para DF*” (**Figura 7**).

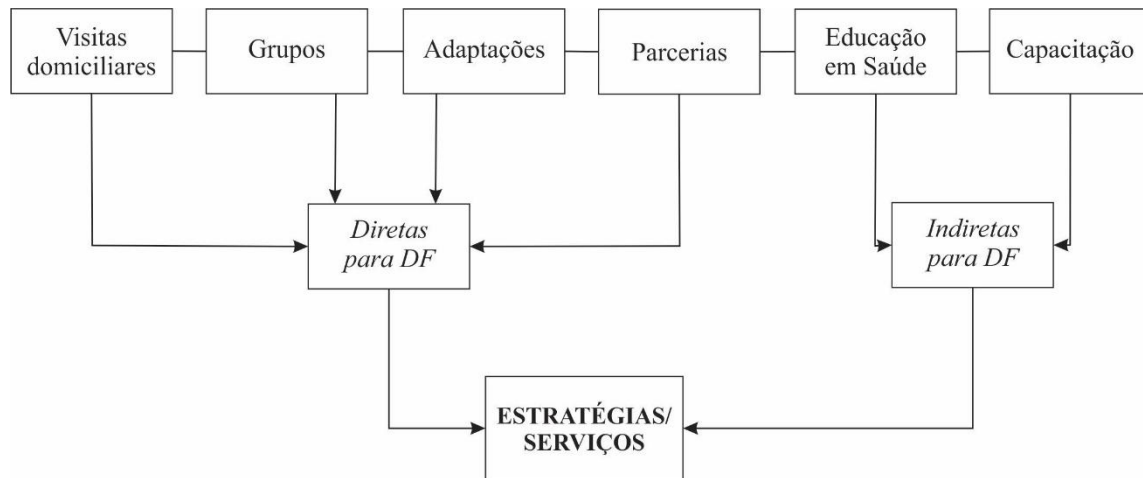


Figura 7: Processo de formação das categorias “Diretas para DF” e “Indiretas para DF” que caracterizam as estratégias de atuação a partir dos relatos dos terapeutas ocupacionais.

Fonte: Autores.

As ações “*diretas para DF*” foram apontadas como aquelas realizadas em um contexto mais próximo, como por exemplo, o domicílio, por meio das visitas onde os profissionais oferecem orientações acerca das demandas observadas, adaptações para promover maior independência nas ocupações cotidianas, assim como os encaminhamentos necessários, sejam para a atenção básica ou atenção especializada.

Ademais, quando esses sujeitos conseguem deslocar-se pela comunidade, são encaminhados para grupos coordenados pelos terapeutas e/ou potenciais parcerias inseridas no território. Sobre a visita domiciliar e encaminhamentos, TO 7 expõe:

“(...) tem a questão da visita domiciliar (...), que a gente (...) já faz as orientações, já encaminha (...) pros serviços especializados. E aqueles que a gente vê que, (...) consegue se deslocar, sair da sua casa (...) encaminha (...) pro grupo, (...) então foi uma forma que eu consegui (...) (TO 7)”.

Com relação às parcerias, observou-se que elas são de extrema importância como formas de potencializar o cuidado na extensão do território adscrito pelo NASF.

“(...) a gente precisa muito de parceria (...) eu venho percebendo que a gente precisa muito disso, porque é um território muito grande, com necessidades muito grandes, (...) então a partir do momento que a gente é pequeno (...) e tem um território grande, (...) tem que começar a ter outros braços também, outros tentáculos (...) (TO 1)”

Um exemplo de parceria foi fornecido pelo TO 3, em sua experiência profissional, ao relatar a busca por possíveis colaborações para a produção de adaptações arquitetônicas e físicas na comunidade, que possibilitassem a circulação das DF no território:

“(...) Porque nas adaptações rampas, eu vou conversar com a comunidade que tem um marceneiro (...) e aí, pedir pra que ele se sensibilize com a situação e proporcione ali uma rampa pro usuário de acordo com a NBR 9050, tudo bonitinho, o máximo que dá pra ele fazer (...) ou fazer uso de recurso próprios pra fazer essas adaptações simples, ou fazer busca de potenciais dentro da comunidade pra tá auxiliando (...) aquelas pessoas a conquistar o que (...) estão precisando no momento pra melhorar um pouquinho o desempenho ocupacional dela (...) (TO 3)”

Notou-se ainda, que podem ser desenvolvidas adaptações que promovam a independência nos contextos domiciliares das DF, de maneira simples e com materiais de baixo custo, como visualizado no seguinte apontamento:

“(...) adaptações simples com o uso de EVA, compra de talheres (...), analisar o desempenho da pessoa em relação às atividades, tentar adaptar o mais próximo possível que dê pra aquela pessoa executar, adaptações rápidas que vão ficar prontas logo. Nada muito mirabolante, porque realmente não dá (...) (TO 3)”

No que corresponde às estratégias “indiretas para DF”, foram evidenciadas pelos profissionais, as ações de educação em saúde que visam ampliar o cuidado por intermédio do fornecimento de informação, como abordado por TO 9:

“(...) eu trabalho muito com essa parte de levar a informação pra essa pessoa com deficiência, vamo pensar especificamente nela (...) levar informação de acesso, o quê que ela tem de serviços por ali por perto, pelo bairro, (...) de acordo com a necessidade dela de acesso à educação, à saúde, (...) de acesso à informação, a informação mesmo básica como cuidar da sua saúde, como cuidar da sua alimentação de forma geral, (...) evitar o

sedentarismo (...), porque essa pessoa com deficiência muitas vezes (...) pensa que não pode mais realizar nenhuma atividade física e aí (...) fazer o estímulo à atividade se caso ela possa (...) (TO 9)”.

Somando-se a isto, foi verificado que são desenvolvidas ações de capacitação para a equipe com o intuito de fomentar a identificação de DF no território.

“(...) capacitação com os ACS pra eles identificarem essas pessoas e trazerem pra gente, porque eles são a porta de entrada (...) eles que conhecem aquela área, eles que vão tá trazendo pra gente todas as demandas (...) (TO 2)”.

Apesar da intensa busca de alternativas que visam ofertar o cuidado e manter a continuidade da assistência, ainda assim, os terapeutas suscitarão que enfrentam diversos entraves para o desenvolvimento de sua prática profissional.

No que tange aos desafios encontrados, estes debruçam-se pelos aspectos da ausência de estrutura física própria, escassez de recursos e materiais e periculosidade do território caracterizando os desafios “*Estruturais*”, dificuldades no comprometimento dos usuários em seguir as orientações no domicílio, na efetividade da rede e a baixa adesão da população à APS determinam a categoria “*Fluxo da rede*”, além da fragilidade dos relacionamentos no trabalho e os acometimentos ocupacionais que categorizam a “*Dinâmica do trabalho*” (**Figura 8**).

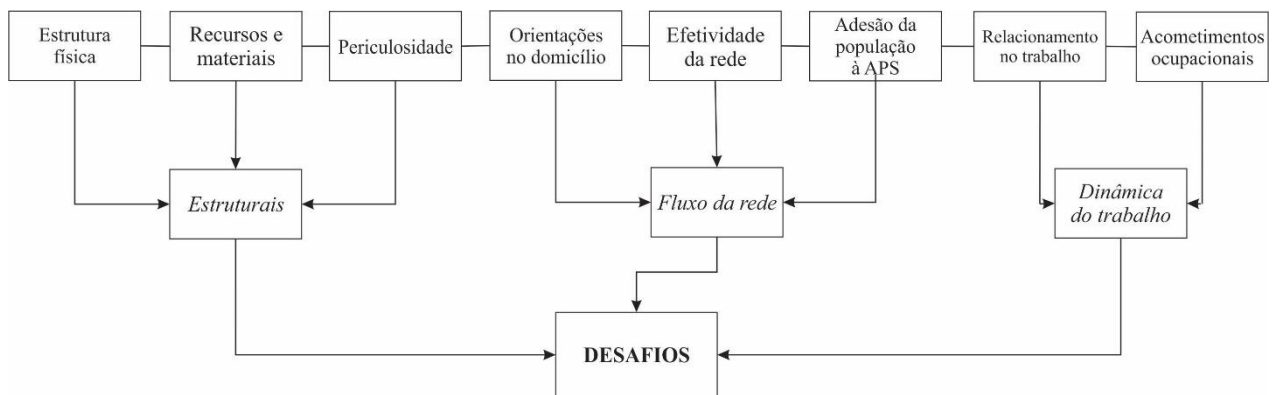


Figura 8: Processo de formação das categorias “Estruturais”, “Fluxo da rede” e “Dinâmica do trabalho” que caracterizam os desafios de atuação a partir dos relatos dos terapeutas ocupacionais.

Fonte: Autores.

Sobre a primeira categoria, foi detectado que alguns fatores podem limitar as ações e o acompanhamento mais frequente na atenção primária, como por exemplo, a falta de estrutura física

para o NASF, o que pode ser visto como uma atuação extramuro, todavia, pode gerar desconforto para a relação usuário-profissional, como explicado por TO 1:

“(...) os desafios aqui são estruturais (...) por exemplo eu tô usando aqui a sala, mas tem um paciente lá que tá atrás do fisioterapeuta, e aí como ele vai dar um suporte assim. Precisa adaptar (...) às vezes eu fico me perguntando, é bom porque a gente vai conseguir ampliar o acesso, pra além de uma sala (...), fazer uma clínica ampliada, mas até que ponto também o paciente fica confortável de fazer isso? (...) (TO 1)”

Também foi evidenciado pelos profissionais, a necessidade de recursos mínimos para a oferta da assistência, seja esta individual e/ou coletiva. Como tentativa de minimizar tal carência, os terapeutas ocupacionais elaboram várias alternativas, sejam estas, de adaptações de materiais ou de utilização de recursos financeiros próprios, como ilustra TO 7:

“(...) Eu acho que isso é um dos principais desafios (...) o recurso, (...) por exemplo, (...) a gente faz solicitação [para a secretaria de saúde], (...) há 2 anos e 3 meses que eu tô na Atenção Primária (...), então já fez solicitação de materiais, não chega nenhum material. Então o quê que eu faço? O material, eu mesmo, compro e tiro do meu bolso, porque se for ficar esperando (...) não vai vir nada, entendeu? Ou então, nos grupos, o quê que eu faço? Eu vou usando... Como são pessoas que são de baixa renda, eu não posso começar a colocar materiais caros pra comprar, então as vezes eu faço adaptações (TO 7)”

Outra questão abordada pelos partícipes em relação aos desafios “*estruturais*”, diz respeito à característica da população atendida pela atenção primária, que encontra-se em áreas de vulnerabilidade social, o que impede a chegada da equipe de saúde no contexto natural do usuário, bem como a aquisição de novos serviços comunitários, como declara TO 6 de acordo com sua vivência:

“(...) tem essa questão de que aqui tem muitas áreas de risco (...), tem muito a questão da violência, então às vezes a gente fica impossibilitado de fazer uma visita, fica ‘ah é uma área que não é permitido entrar’, a gente tem áreas que (...) só entra se for permitido (...) tem essas visitas pendentes porque a gente ainda não conseguiu essa permissão, (...) tem visitas pendentes há anos, então essas questões se ser área de risco às vezes interfere muito, porque (...) tá com uma visita programada, aí o ACS chega e diz ‘olha, tá tendo muito assalto na área, hoje, tão assaltando desde de manhã todo mundo que passa na ponte’, então eu não posso colocar a minha vida em risco, pra ir lá, (...) fazer uma visita pro paciente que eu sei que vai acontecer alguma coisa (risos), então essas questões às vezes atrapalham, a gente tem que repassar pra outra semana (...), tem que explicar pro paciente, a maioria (...) até entende, porque eles sabem as situações da área que a gente tá, mas eu sei que é complicado pra eles também, ter que ficar aguardando (...), por coisas que não estão no controle deles, então a gente tenta ao máximo não faltar essas visitas por esses motivos, mas tem coisas que realmente não tem como, foge do nosso alcance (TO 6)”

Os terapeutas ocupacionais relataram, através das situações recorrentes no trabalho de campo, que a percepção do conceito de saúde da população ainda supervaloriza o acompanhamento curativo em detrimento do preventivo, o que foi ressaltado pelo TO 5:

“(...) acaba que a gente não consegue dar realmente uma continuidade (...) nessa questão de prevenção (...) da saúde que a gente já tem dificuldade, a nossa população, nós no geral, não procuramos pra nos prevenir, a gente só procura quando (...) já tá doente, (...) então trabalhar com prevenção e promoção à saúde por si só já é difícil, por conta disso, (...) a população brasileira não se previne, ela se trata (...) por exemplo, (...) essa é a terceira semana que a gente tá tentando criar o nosso grupo do PROAME, e não aparece nenhuma mãezinha pra gente fazer (...) as palestras, as orientações (TO 5)”.

Dentro desse contexto, os terapeutas afirmam que a visão distorcida sobre a promoção da saúde resulta, muitas vezes, em resistências por parte das famílias com relação às orientações no domicílio oferecidas pelos profissionais de saúde.

“(...) a gente tem que contar que esse paciente vá fazer, mas por conta de todas aquelas outras questões que eu falei anteriormente, (...) dificilmente ele faz, porque (...) fica sozinho em casa, ou quem fica com ele tá ali pra garantir a sobrevivência (...), de comida, dos cuidados, (...) do cotidiano, de banho, (...) higiene (...). Isso é um fator muito... (...) complicador realmente porque quando a gente retorna, daqui há 15 dias (...) provavelmente esse paciente não fez nada, ou ele fez muito pouco entendeu? (TO 4)”.

Devido as dificuldades da população em aderir às ações de prevenção e promoção da saúde, bem como as questões burocráticas que são necessárias para esse acompanhamento, os profissionais entrevistados expressam que os níveis secundários e terciários ficam sobrecarregados, o que pode produzir a demora no acesso às tecnologias de saúde e a continuidade no tratamento, conforme visto a seguir:

“Assim, (...) o encaminhamento a gente consegue fazer (...), apesar da demora, mas (...) um dia talvez vai chegar (...), mas quando a gente fala de prescrição de órtese, de cadeira de rodas, prótese, aí o negócio (...) Primeiro que a gente tem poucos locais pra encaminhar, pelo SUS só o Demétrio (...) (TO 4)”.

Essas dificuldades obstaculizam a fluidez das linhas de cuidado nos diferentes níveis de atenção, interferindo, muitas vezes, no prognóstico dos usuários.

“(...) Às vezes ela vai, pega o encaminhamento, e ela só vai conseguir vaga 3 meses depois. E as vezes (...) chega no serviço pra ir 1 vez por semana (...) Aí fica muito ruim (...), são pessoas (...) que a gente sabe que, na reabilitação física, os meses, por exemplo,

quem teve AVC, é fundamental quanto antes começar, melhor pra pessoa. Só que aí por conta dessa demora toda, o prognóstico da pessoa fica muito ruim (...) São situações que acaba cronificando, que não era pra isso (TO 7)”.

Levando em consideração a atuação dos profissionais dentro de uma equipe de saúde, como o NASF, os participantes terapeutas evidenciaram a necessidade de ações realizadas de maneira interdisciplinar, onde deve haver comunicação, articulação entre saberes, troca de experiências, assim como responsabilidades compartilhadas, para que a oferta do serviço possa promover uma atenção à saúde integral ao usuário e um melhor funcionamento da equipe. Isso pode ser observado na experiência do TO 2 ao exemplificar a articulação com os ACS:

“Na verdade, (...) um entrave muito grande é, justamente com os ACS, (...) tem lugares que a gente faz a capacitação, eles entendem a importância do TO, do Fono, do Fisio e trazem as demandas pra gente, só que têm lugares que tu podes fazer quantas as capacitações que tu quiser, pode sentar o cara na cadeira e falar, ‘olha, tu vai, eu faço isso, isso e isso’, só falta tu falar assim, ‘olha se tu encontrar um paciente com dois olhos, um nariz, uma boca, me traz’, mas eles não trazem, (...) não te levam até ele, essa é uma das maiores dificuldades (...) (TO 2)”.

Ademais, os terapeutas ocupacionais apontaram dificuldades na “*dinâmica do trabalho*”, a exemplo de situações onde se adota, segundo os mesmos, a ideia errônea sobre o papel do NASF, idealizando consultas do tipo ambulatoriais, não reconhecendo a importância das orientações em saúde, como pode ser observado na fala seguinte:

“(...) esse paciente não foi encaminhado até agora pra gente, por quê? (...) é, essa dificuldade... (...) de fluxo mesmo dentro da própria equipe (...) da saúde da família, a gente ainda tem as dificuldades de fluxo entre a gente. Isso é muito ruim. Então (...) a dificuldade se dá pela própria ideia que a equipe faz do quê que é esse trabalho do NASF. Ainda tem muita dificuldade nesse sentido. As pessoas acham que a gente vai (...) atender essa demanda. E o trabalho não é esse. Então é muito difícil que as pessoas aceitem que nosso trabalho é orientar, muitas vezes, e eles não conseguem ver a orientação como uma coisa tão importante que a gente sabe que é, (...) então ‘Ah não adianta eu encaminhar porque vocês não vão poder atender mesmo (...) não vai resolver’, (...) esse discurso ainda é muito comum, e olha que a gente já tá aqui vai fazer 4 anos (...) (TO 4)”.

Outro fator contribuinte para os desafios da terceira categoria, diz respeito às próprias relações conflituosas dentro da equipe, onde esta negligencia, muitas vezes, o processo de troca de saberes e de atuação compartilhada, como visualizado na fala abaixo:

“(...) eu encontro o desafio de relacionamento interpessoal entre equipe, é muito difícil trabalhar em equipe com quem não sabe, ou com quem não tá disposto a isso, a abrir,

ainda mais no NASF, ele é muito próximo, um profissional do outro (...). Então se o profissional não tá disposto a ouvir, a receber uma orientação, ou uma crítica, ou a ouvir 'Olha a gente precisa realizar uma visita tal', não tá aberto a isso, é muito mais difícil. Então é um desafio trabalhar em equipe em todos os aspectos no NASF (TO 9)".

Esse conjunto de desafios interfere em diversos aspectos, seja na execução do trabalho, na efetividade da rede e inclusive na saúde mental dos trabalhadores que relatam vivenciar diariamente, situações que perpassam os limites de sua atuação profissional, produzindo sentimentos de baixa autoestima e frustração, como enunciado pelo TO 3:

"Quando tu chega pra dar tudo na tua prática, dentro do setor público, e que tu vê que mesmo tudo isso não é suficiente, tu adoece. Então o meu primeiro desafio é lidar com os acometimentos ocupacionais que esse trabalho me trouxe. Vários (...). Tristeza, bem prolongada, inclusive, quase que uma depressão, por ver usuários morrendo por questões precárias de saúde que a gente poderia resolver ali (...). É, frustração porque tu tá ali no serviço, tu sabe que aquela pessoa é deficiente, que ela já tem um monte de problemas na vida dela, que tu vai encaminhar mas que, não vai ter acesso (...)" (TO 3)".

Além disso, o TO 1 reafirma este desafio, esclarecendo que para a oferta do cuidado em saúde aos usuários é necessário, primeiramente, o enfrentamento de suas próprias frustrações:

"(...) questões de recursos, às vezes, a gente é bem limitado (...) mas isso é a gente pensando enquanto TO, (...) se você pensa num objetivo e começa a criar expectativa 'ah legal', mas aí a gente começa a frustrar, isso tem um impacto na nossa satisfação, no trabalho, autoestima, mas a gente tem que superar, dessa forma buscando fazer, e quando a gente vê que acontece, (...) no caso ou no outro a gente respira (...), a gente, 'opa, não é só problema' (...) (TO 1)".

Tendo em vista os relatos anteriormente apresentados, fica evidente a importância de discutir, segundo a literatura vigente, fatos ou situações semelhantes a outros estudos, assim como novas descobertas acerca das necessidades das pessoas com deficiência física e a atuação do terapeuta ocupacional vinculado à atenção primária em saúde.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos dados obtidos durante o período de coleta está organizada por meio de tópicos voltados respectivamente, para necessidades de saúde e ocupacionais na percepção dos sujeitos de pesquisa, bem como a participação da pessoa com deficiência física e a atuação do terapeuta ocupacional, evidenciando estratégias e desafios encontrados durante a sua prática profissional. Por fim, são apresentadas algumas limitações observadas sobre os resultados e discussões oriundos da realização desta pesquisa.

6.1 NECESSIDADES DE SAÚDE: O QUE REPRESENTA?

As necessidades de saúde na percepção das DF e dos terapeutas ocupacionais convergiram para aspectos envolvendo o cenário de vida e o acesso aos serviços de saúde. O primeiro pode ser explicado, pelas semelhantes situações de pobreza e precariedade na infraestrutura dos locais em que as DF vivem, como a dificuldade no acesso aos espaços comunitários, devido à falta de saneamento básico e calçadas/ruas desniveladas e/ou obstruídas. Em conformidade com tais achados, autores indicam resultados análogos sobre as condições de vida das pessoas com deficiência associadas à ausência de acessibilidade e manutenção apropriada de vias e calçadas construídas, bem como carência de serviços sanitários (OTHERO; AYRES, 2012; LIMA, 2012; AOKI; OLIVER, 2013).

O segundo aspecto, que corresponde ao acesso aos serviços de saúde retrata que as DF enfrentam entraves para a utilização dos serviços, não exclusivamente pelo viés da acessibilidade nos espaços públicos, mas também pela dinâmica da assistência, o que pode ser caracterizada pelo acesso à consultas especializadas bem como à aquisição de tecnologias de saúde. Sobre esta questão, alguns autores associam as dificuldades ao tempo de espera para a dispensação de recursos de tecnologia assistiva (OTHERO; AYRES, 2012), bem como a centralização dos serviços, principalmente os de referência, em locais distantes e inacessíveis (SOUZA; PIMENTEL, 2012).

Além dos aspectos descritos acima, as DF relacionaram o entendimento das suas necessidades de saúde às condições da própria deficiência, traduzidas pelo comprometimento funcional associado ao grau de dependência que os mesmos possuem, como dificuldade para andar e tocar a cadeira de rodas independentemente. Ademais, verificou-se que as mesmas apresentaram

dificuldades em identificar as suas necessidades de saúde, onde as remetiam à condições de doenças como febre, cefaleia, desconforto intestinal, entre outros.

A associação entre saúde e condição física foi visualizada na pesquisa de Interdonato e Greguol (2012), através de uma revisão da literatura, quando constataram que o entendimento do conceito de saúde, muitas vezes, ainda é percebido por meio do estado físico atual, ou seja, ainda está relacionado à presença ou ausência de doença, no entanto, sabe-se que a promoção da saúde é uma temática que ainda precisa ser estudada e alcançada, pois preza o cuidar antes do adoecer.

Em contrapartida, pode-se visualizar em outro estudo que as pessoas com deficiência em geral, não associam suas carências ao comprometimento funcional, pois afirmam que a necessidade de saúde vai além desse aspecto, perpassa por impeditivos na convivência, afastamento do trabalho e circulação social, elementos voltados para a compreensão do modelo social da deficiência (FERREIRA; OLIVER, 2010).

A propósito desta afirmação, os profissionais entrevistados abordaram as necessidades de saúde para além da questão biológica, envolvendo dimensões sociais, econômicas, ambientais e condições gerais de promoção da saúde. Tal concepção, segundo os estudos de Silva e Oliver (2017) e Reis e Vieira (2013a), pode ser compreendida, respectivamente, em virtude da formação profissional que possibilita a aproximação com a atenção primária por meio de disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva e Saúde Pública, e do entendimento ampliado do conceito de saúde por parte dos terapeutas ocupacionais, que levam em consideração fatores históricos, sociais, culturais e ocupacionais envolvidos no contexto dos sujeitos.

Diante do exposto, fica evidente que as DF demonstraram dificuldades para a identificação das suas necessidades de saúde, porém quando instigadas as associaram aos aspectos da saúde física e das condições de moradia. Em contraste, os terapeutas ocupacionais apontaram as suas percepções por meio do entendimento do modelo social da deficiência e do olhar amplo de saúde construído durante sua formação profissional.

6.2 NECESSIDADE OCUPACIONAL: O FAZER PREENCHE LACUNAS?

Os participantes da pesquisa apontaram necessidades ocupacionais semelhantes que foram relacionadas à realização de ocupações cotidianas, bem como ao isolamento social. No que diz respeito à realização das ocupações, foi observado que as DF apresentaram um grau de

dependência para engajar-se em tarefas de autocuidado, vestir e alimentação. Além disso, a necessidade de um auxílio para o deslocamento pelo território, também contribuiu para a fragilidade e/ou rompimento de vínculos com familiares, amigos ou sujeitos da comunidade. Tais situações identificadas na pesquisa, demonstraram a lacuna ocupacional vivenciadas pelas DF, descrita no estudo de Eriksson (2007) como a distância entre o que as pessoas querem fazer e o que realmente fazem em seus cotidianos.

A existência dessa lacuna ocupacional, reflete para as DF da pesquisa, sentimentos negativos de tristeza, insatisfação, indiferença e até mesmo de incapacidade devido ao fato de não conseguirem envolver-se de maneira independente em suas ocupações. Em contraste, o estudo de Othero (2010) expôs sentimentos de autossuficiência e valorização do fazer por meio do aprender, do experimentar e de concretamente realizar suas ocupações escolhidas, tendo em vista que o grau de dependência vivenciado pelas DF pode influenciar também, na aceitação de auxílio para o desempenho de ocupações cotidianas, seja dos amigos/vizinhos e principalmente dos familiares.

Com relação ao desempenho em ocupações significativas, dois fatores devem ser levados em consideração, a independência e a autonomia. Othero e Ayres (2012) indicam em seu estudo com PCD, que esses aspectos contribuem para a dignidade e liberdade deste público. Ademais, Lima (2012) compreende a independência como a capacidade de fazer sozinho suas ocupações, considerando suas habilidades e potencialidades e autonomia como a possibilidade do ser humano em realizar suas próprias escolhas.

O aspecto da autonomia foi visualizado nas elocuições das DF por meio do anseio pelo engajamento em ocupações que lhe tragam sentido, como retorno ao trabalho e educação, apontadas como seus projetos de vida. Esses projetos foram ressaltados por PCD de um bairro da cidade de Salvador, na pesquisa de Souza e Pimentel (2012) quando identificaram igualmente o desejo em retomar as ocupações que faziam antes, como trabalhar, estudar, cuidar e ajudar a família.

Por outro lado, foram encontradas no mesmo estudo, declarações de PCD que não possuíam projetos de vida, pois encontravam-se em uma população marginalizada, com carências de oportunidades em diversos aspectos e ausência de autonomia, o que por sua vez, impede planejamentos futuros, pois à elas são ofertadas outras formas de viver (SOUZA; PIMENTEL, 2012).

Além disso, o aspecto da socialização demonstrado pelos atores da pesquisa, revelou a magnitude do isolamento que perpassa o viver das DF, pois estas referem não saírem de casa para visitar amigos, familiares, ou explorar espaços da cidade, haja vista as dificuldades relacionadas ao comprometimento funcional e acessibilidade, o que interfere nas redes de suporte, tornando-as fragilizadas.

Essa perspectiva foi explorada no estudo de Aoki, Oliver e Nicolau (2011) ao afirmarem que os adultos com deficiência vivenciam situações de isolamento no ambiente domiciliar ou comunitário e enfrentam barreiras diversas como as arquitetônicas, ausência de dispositivos auxiliares, financeiras, carência de informações acerca dos espaços de lazer e cultura, bem como a falta de volição para sair de casa e a ausência de um acompanhante.

Nesse sentido, verificou-se que as necessidades ocupacionais das DF perpassam pela dependência das ocupações cotidianas, pela dificuldade em engajar-se em ocupações significativas, gerando para este público a lacuna ocupacional, assim como sentimentos negativos decorrentes desta privação. Logo, compreende-se a importância do fazer significativo para a promoção da autonomia, independência, identidade, bem estar e saúde.

6.3 COMO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA (CON)VIVEM?

A participação comunitária, apontada pelas DF, envolve a circulação nos espaços da cidade e o contexto das relações pessoais (vizinhos, amigos, família expandida), assim como a utilização dos serviços de saúde. A participação dentro de um contexto envolve vários aspectos, como pessoas, lugares, culturas e também o sentimento de pertencimento, que gera uma conexão no relacionamento entre esses fatores essenciais para a experimentação das vivências em comunidades (HITCH; PÉPIN; STAGNITTI, 2014).

A propósito destas afirmações, as DF indicaram que a sua participação acontece e que usufruem dos espaços públicos da cidade, porém necessitam de auxílio social ou de tecnologia assistiva para ampliar a independência e a segurança no deslocamento pelo território. Esta ampliação pode ser exemplificada no estudo de Lima (2012) que expõe a relação de maior autonomia e segurança da DF para explorar lugares, ao fato de se ter mais facilidade para a construção de laços sociais, engajamento no trabalho, educação e lazer, o que resulta na apropriação do seu espaço social e pessoal.

As pessoas com deficiência física participantes da pesquisa restritas ao domicílio, salientaram sentimentos de desvalorização social e tristeza ao deparar-se com os impedimentos significativos para o engajamento em ocupações e relações de convívio, além de notável redução do círculo social. Tal fato foi confirmado no estudo de Ferreira e Oliver (2010) com DF do município de São Paulo, ao identificarem o distanciamento desses sujeitos dos espaços da cidade e das relações sociais, minimizando a formação de vínculos com novas pessoas, assim como o aumento do tempo sozinho, no entanto, estes fatores não configuram-se como isolamento completo. Por outro lado, o estudo de Aoki e Oliver (2013) mostrou que predomina no contexto da PCD o isolamento social e a convivência restrita à família nuclear, todavia as PCD indicaram prazer e satisfação ao estabelecer diálogos, trocar experiências, manter encontros e conversas com amigos, vizinhos e parentes.

Na perspectiva da utilização dos serviços de saúde, as DF expressaram que não utilizavam serviços especializados de saúde, pois estes encontravam-se distantes de sua moradia e possuíam tempo de espera prolongado por questões burocráticas; recorriam, ocasionalmente, aos serviços particulares quando obtinham recursos financeiros viáveis; ou utilizavam dispositivos da atenção básica, pois estes localizavam-se nas proximidades do território e estendiam sua assistência ao domicílio. Este fato pode ser observado similarmente na pesquisa de Aoki, Oliver e Nicolau (2011) quando abordam que o usufruto exclusivo das ferramentas da atenção primária faz com que as PCD fiquem restritas ao seu contexto natural, dificultando o acesso a outros espaços de saúde, bem como aos locais da cidade.

Pode-se concluir portanto que a participação das DF envolve o engajamento nas relações interpessoais, assim como na exploração dos lugares onde vivem e na utilização dos serviços de saúde. Outrossim, as DF vivenciam o processo de isolamento dentro do seu ambiente domiciliar, no entanto, deixam claro seus desejos em construir laços afetivos, empoderar-se do lugar em que vivem, ser protagonistas e de fato pertencer.

6.4 PRÁTICA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS: QUAIS SÃO AS ESTRATÉGIAS E DESAFIOS?

Os profissionais entrevistados na pesquisa afirmaram que a atuação terapêutica ocupacional, direcionada à DF no NASF é desenvolvida mediante diversas estratégias de trabalho, dentre elas pode-se evidenciar o atendimento domiciliar e a realização de parcerias.

No que diz respeito ao atendimento domiciliar, o Caderno de Diretrizes do NASF n.27, sugere que este acontece a partir da decisão em equipe por um acompanhamento mais próximo, proporcionando a retaguarda assistencial às ESF, através do apoio às equipes mínimas, obedecendo ao matriciamento – ferramenta tecnológica do NASF (BRASIL, 2010b).

Dentro desse tipo de atuação, os terapeutas ocupacionais participantes exemplificaram que realizavam encaminhamentos para outros níveis de atenção e/ou grupos, assim como, orientações e adaptações no intuito de otimizar o atendimento levando em consideração a dinâmica do serviço. O estudo de Reis (2012) afirma que esta modalidade de atenção objetiva favorecer a construção de projetos de vida e promover a autonomia e a independência dos sujeitos.

Além do cuidado individualizado no contexto natural do usuário, foi observado que os terapeutas exerciam ações coletivas de diferentes modalidades considerando o nível de funcionalidade dos sujeitos, como grupos de atividades corporais e de estimulação cognitiva e oficinas no intuito de prevenir agravos e atuar em conjunto com o tratamento especializado. Sobre isso, autores identificaram que os objetivos das atividades coletivas perpassavam pela questão da socialização, proporcionando expressão e participação social (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

Com relação às parcerias, pode-se dizer que estas ampliam a assistência no território, contribuindo para a resolutividade das ações de forma coletiva, bem como para diversidade de serviços. Os profissionais participantes revelaram que para atingir este objetivo buscam articulações com os potenciais da comunidade, tais como igrejas, clubes, centros comunitários, Organizações não governamentais – ONGs, PROPAZ, escolas e outros. Este fator foi ilustrado na pesquisa de Reis (2012) onde demonstra que a atuação ultrapassa a área da saúde, expandindo-se para os setores de educação e assistência social.

Estas ações desenvolvidas na atenção primária enfrentam diversos desafios abordados pelos terapeutas ocupacionais nesta pesquisa. Primeiramente, os que foram elucidados dizem

respeito às questões estruturais por ausência de materiais, recursos e *setting*, fato que pode ser explicado em outros estudos por meio da fragilidade do financiamento e das condições no setor da saúde (REIS; VIEIRA, 2013a, 2013b), fazendo com que os profissionais arquem com a aquisição de recursos para o processo de trabalho ou utilizem a busca de materiais recicláveis juntamente com os usuários do serviço.

Ademais, outro desafio encontrado relaciona-se à baixa adesão da população relatada pelos profissionais da pesquisa, que interfere no reconhecimento de ações preventivas como a busca ativa de informação sobre os cuidados à saúde e adoção de mudanças nos hábitos e modos de viver. Com efeito, identifica-se em outro estudo que os indivíduos ignoram a importância da promoção da saúde, reproduzindo o modelo biomédico e curativista, apresentando resistência às ações diferenciadas da atenção primária (REIS; VIEIRA, 2013a), incluindo as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde, a exemplo dos terapeutas ocupacionais, que afirmaram a negligência por parte dos usuários em seguir suas instruções.

Outro ponto abordado nos resultados referente aos desafios, correlaciona-se à dinâmica do trabalho que envolve o relacionamento entre componentes da equipe, bem como os acometimentos decorrentes do processo laboral. O NASF preconiza que a organização do seu processo de trabalho envolva a corresponsabilização entre profissionais, troca de experiências, escuta e trabalho em equipe (BRASIL, 2010b).

Todavia, observou-se que os terapeutas ocupacionais entrevistados revelaram as dificuldades da equipe em exercer essas habilidades, o que resulta em entraves nas relações dentro do ambiente de trabalho. Este desafio também foi visualizado em um estudo onde os autores identificaram que os trabalhadores perdem de vista o caráter coletivo do seu papel e passam a desempenhar ações individualizadas, provocando assim a fragmentação do trabalho (REIS; VIEIRA, 2013b), bem como impeditivos na identificação de demandas do território e na oferta dos cuidados em saúde.

Por conseguinte, nota-se a influência dos desafios descritos acima na saúde mental dos participantes terapeutas ocupacionais, que afeta significativamente na motivação do envolvimento no trabalho, pois deparam-se com diversos sentimentos negativos que precisam ser vencidos rotineiramente. Esta questão foi ilustrada no estudo de Reis (2012) quando relata, por meio de sua experiência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, dificuldades na sua ocupação trabalho, o que pode resultar em uma possível circunstância de adoecimento. Ainda

nessa perspectiva, a mesma autora afirma que é importante e fundamental criar espaços de escuta e suporte para os trabalhadores que desenvolvem sua prática no contexto carente da atenção primária.

Em suma, foi observado que as ações de atendimento domiciliar e aquisição de parcerias são estratégias fundamentais para o acompanhamento das DF na atenção primária, tendo em vista suas dificuldades no acesso a outros tipos de serviços. Além disso, foi verificado que os profissionais enfrentam diversos desafios na sua prática, sejam os estruturais que são mais recorrentes, a dificuldade de adesão da população à promoção da saúde e os relacionados ao ambiente de trabalho que podem ocasionar sentimentos negativos e sofrimento para os trabalhadores envolvidos no cuidado.

6.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Diante do exposto, é válido ressaltar pontos que configuram-se como limitações desta pesquisa, sendo um deles, voltado para a periculosidade e violência das comunidades que impedem o acesso livre em determinadas áreas e dificultam a efetuação de diversas visitas domiciliares. Além disso, este aspecto interfere também no próprio funcionamento dos dispositivos da atenção primária – ESF, NASF – que restringem suas ações (visitas domiciliares) ao período da manhã.

Ainda, outro impeditivo encontrado, diz respeito à dificuldade na articulação com as equipes de saúde, representadas pelos agentes comunitários, com relação à identificação dos critérios de inclusão do estudo, bem como às atividades programadas que deveriam cumprir.

Ademais, a pesquisa pode ter sido restringida em virtude da não utilização de um teste de rastreio cognitivo como critério para selecionar e/ou excluir possíveis participantes DF, o que é importante para mensurar as habilidades cognitivas preservadas.

Tendo em vista estas limitações, foi observada a importância de incluir as percepções dos outros profissionais que constituem a equipe do NASF sobre as principais estratégias e desafios que encontram no ambiente de trabalho, no intuito de proporcionar novas formas de atuação para ampliar o cuidado possibilitando o melhor entendimento da promoção da saúde pela população. Além disso, foi constatada a necessidade de um maior quantitativo de pesquisadores para alcançar as DF que residem nos vários distritos da cidade de Belém, oportunizando a expressão de suas principais necessidades e modos de viver.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou melhor compreensão acerca das necessidades de saúde e ocupacionais das pessoas com deficiência física e elucidou o entendimento das estratégias de trabalho para com este público, dos terapeutas ocupacionais que atuam na atenção primária nos distritos administrativos de Belém.

Por sua vez, as necessidades de saúde foram percebidas pelo olhar da DF, por meio dos aspectos relacionados às condições biológicas, que muitas vezes não são tratados nos estudos envolvendo a atenção primária em saúde, pois, direcionam esta abordagem à outros níveis de atenção – secundário e terciário, direcionando o acompanhamento da DF aos serviços especializados, entretanto, sabe-se que algumas demandas podem ser acolhidas no âmbito da atenção primária, utilizando recursos do próprio território.

Na dimensão das necessidades ocupacionais, estas foram explanadas destacando a importância do olhar para as ocupações significativas das DF, que na maioria das vezes, deixam de realizar aquilo que desejam ou escolhem fazer, apresentando assim, a lacuna ocupacional presente no seu cotidiano. Além disso, ficou evidente a relevância dos terapeutas ocupacionais enxergarem as necessidades desses sujeitos, como potenciais estratégias de intervenção, buscando favorecer o protagonismo dos mesmos.

No que diz respeito à participação dessa população, a pesquisa demonstrou que esta é restrita do ponto de vista da independência, pois acompanha a necessidade de um apoio social para a exploração dos espaços do território, assim como da realização das ocupações fora do domicílio. Notou-se ainda, que a utilização dos serviços de atenção básica torna-se fundamental para possibilitar o direito de acesso à saúde.

Acrescenta-se também, que ao abordar as estratégias de atuação do terapeuta ocupacional dentro dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, aumenta-se o arcabouço teórico sobre a discussão do tema. A propósito, foi explanado, as recorrentes dificuldades encontradas pelos profissionais no desenvolvimento de suas ações, a exemplo das relações interpessoais que exigem habilidades de trabalho em conjunto, e que mesmo com a realização de capacitações, ainda assim, interferem na assistência oferecida, bem como no surgimento de possíveis situações de adoecimentos.

Observa-se que a partir desta pesquisa, podem ser realizados estudos que busquem investigar as lacunas ocupacionais existentes nos diferentes públicos da atenção primária, principalmente na população adulta, que possui maior dificuldade em aderir os serviços promotores de saúde. Além disso, evidencia-se também, a importância de novas pesquisas que proporcionem reflexões para os terapeutas ocupacionais atuantes nesse nível de atenção sobre a relevância em oportunizar o engajamento em ocupações significativas, principalmente para as pessoas que encontram-se privadas de sua autonomia e independência.

Ainda, nota-se que esta pesquisa oportunizou a exposição das principais carências das DF e o olhar voltado para as potencialidades desse público diante da sociedade. Também contribuiu para o aumento do campo de conhecimento da Terapia Ocupacional, gerando ponderações sobre a atuação dessa categoria profissional na atenção primária em saúde, bem como a compreensão da dinâmica dos serviços ofertados por esse nível de assistência.

REFERÊNCIAS

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. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 270-278, set./dez. 2011.

AOKI, M.; OLIVER, F. C.; NICOLAU, S. M. Considerações acerca das condições de vida das pessoas com deficiência a partir de um levantamento em uma unidade básica de saúde de um bairro periférico do município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 169-178. 2011.

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

BALEOTTI, L. R.; OMOTE, S. A concepção de deficiência em discussão: ponto de vista de docentes de Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**. São Carlos, v. 22, n. 1, p. 71-78. 2014.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BRASIL. Lei nº 7.682, de 05 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Regionalização Administrativa do Município de Belém, delimitando os respectivos espaços territoriais dos Distritos Administrativos e dá outras providências. Disponível em: <http://cm-belem.jusbrasil.com.br/legislacao/583592/lei-7682-94>. Acesso em: 18 de outubro de 2016.

BRASIL. Decreto nº 5.296 de 02 de Dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 01 de dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. 72 p.

BRASIL. Portaria GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 18 de novembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 24 p.

BRASIL. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. n. 27. 152 p. 2010b.

BRASIL. **Relatório mundial sobre a deficiência**/ World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012a. 334 p.

BRASIL. Portal Brasil. **Tipos de deficiência**. 2012b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/tipos-de-deficiencia>. Acesso em: 11 de outubro de 2016.

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

BRASIL. Portaria GM Nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. 2012d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 22 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 68 p.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: SDH-PR/SNPD. 2013b. 92 p.

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos direitos da pessoa com deficiência (SNPD). **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**: novos comentários, Brasília, 2014.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2008/2015/Lei/L131416.htm. Acesso em: 21 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Indicadores – Serviços Especializados. Serviços de apoio à saúde da família. Belém. 2016. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=147&VListar=1&VEstado=15&VMun=150140&VComp=00&VTerc=00&VServico=147&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=. Acesso em: 30 de abril de 2016.

CAPPONI, M. R. **Psicopatología y Semiología Psiquiátrica**. Chile: Santiago. Editorial Universitaria. 12 ed. 320 p. 2013.

CARVALHO-FREITAS, M. N. C. **A inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras** – um estudo sobre as relações entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho. 2007. 315 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedades**. v. 24, n. 1, p. 13-18. 2014.

CECILIO, 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 no cuidado à saúde**. 8.ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, 2009. p.117-130.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Censo Demográfico Tabela 1495 - População residente, por tipo de deficiência permanente - Resultados Gerais da Amostra**. IBGE, 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/1495>. Acesso em: 29 de dezembro de 2017.

CRUZ, D. M. C.; EMMEL, M. L. G. Associação entre papéis ocupacionais, independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo em sujeitos com deficiência física. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 484-491. 2013.

ERIKSSON, G. **Occupational gaps after acquired brain injury: An exploration of participation in everyday occupations and the relation to life satisfaction**. Ed. Karolinska Institute. 2007.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-193. 2005.

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

FERTONANI, H. P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança**: O que dizem os usuários da atenção básica. 2010. 219 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo, Ed. Atlas, 2002. 176 p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; et al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2 ed. p. 493- 545. 2012.

HITCH, D.; PÉPIN, G.; STAGNITTI, K. In the footstep of Wilcock, part one: the evolution of doing, being, becoming and belonging. **Occupational Therapy In Health Care**, v. 28, n. 3, p. 231-246. 2014.

HOLANDA, C. M. A.; et al. Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 175-184. 2015.

INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Promoção da saúde de pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 369-375, jul./set. 2012.

INTERNATIONAL DISABILITY AND DEVELOPMENT CONSORTIUM. **Reabilitação Baseada na Comunidade e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. 2012.

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. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 167-175, set./dez. 2008.

LEITE, F. P. A. A busca por um modelo social. **Revista de Direito Brasileira**. v. 3. jul/dez. 2012.

LIMA, S. S. C. **Repercussões psicossociais da acessibilidade urbana para as pessoas com deficiência física**. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, Minas Gerais, 2012.

MAIA, M. Novo conceito de pessoa com deficiência e proibição do retrocesso. **Revista da AGU**, v.12. n. 37, p. 289-306, jul/set. 2013.

MAROTTI, J. et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 186-194. 2008.

MELO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista de APS - Atenção Primária em Saúde**. v. 12, n. 2, p. 204 – 213, abr/jun. 2009.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não Probabilística, Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. **Administração online**, v. 2, n. 3, p. 1-15. 2001.

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 - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 275-88, mar/ago. 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Amélia Leitão]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP. 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde, Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS. 2013.

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

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n. 40, 2012, p. 219-33.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, v. 13, n. 18, p. 177-188, jan/mar. 2009.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p.

PARÁ. **Plano estadual de ações integradas à pessoa com deficiência**. Secretaria especial de proteção e desenvolvimento social. 2013. 13 p.

RABENHORST, E. R. Necessidades básicas, direitos humanos e pobreza. **Verba Juris**, ano 6, n. 6, jan./dez. 2007.

REIS, F. Terapia Ocupacional no apoio à Equipe de Saúde da Família: Como superar os desafios iniciais na implantação das ações?. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 42-56, dez. 2012.

REIS, F.; VIEIRA, A. C. V. C. Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v. 26, n. 3, p. 356-364, jul./set. 2013a.

_____. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 351-360, 2013b.

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. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 59-67, jan/abr. 2009.

ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. H. dos. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 351-361. 2012.

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

RODRIGUES, S. M.; AOKI, M.; OLIVER, F. C. Diagnóstico situacional de pessoas com deficiência acompanhadas em terapia ocupacional em uma unidade básica de saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 781-794. 2015.

RUIZ-TAGLE, A. E.; TEJADA, P. O. L.; ECHEVERRÍA, V. R. Explorando necesidades ocupacionales: un estudio de caso. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, n. 9, diciembre, p. 1-18. 2009.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p.29-47.

SILVA, R. A. S.; MENTA, S. A. Abordagem de terapeutas ocupacionais em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no estado de Alagoas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 243-250, 2014.

SILVA, R. A. S.; OLIVER, F. C. Trajetória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para Atenção Primária à Saúde. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 21, n. 62, p. 661-73. 2017.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde Pública ou Saúde Coletiva?. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 01-21, out/dez. 2014.

SOUZA, F. R. S.; PIMENTEL, A. M. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 229-237. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726p.

THOMAS, B. N. et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 3 ed. p. 127- 144. 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514. 2005.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS – WFOT. **Definition of Occupational Therapy**. 2012. Disponível em: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.asp> x. Acesso em: 29 de dezembro de 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE A: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Tempo de atuação:	NASF representado:
Abrangência do NASF:	
Profissionais atuantes no NASF:	

- 1) O que você identifica na sua prática profissional que poderia se enquadrar em necessidades de saúde das pessoas com deficiência física?

Pergunta oculta: De acordo com a sua atuação profissional, o que você considera que a pessoa com deficiência física precisa fazer para satisfazer suas carências, seja nas condições de vida, no acesso aos serviços de saúde, nas relações e nos modos de levar a vida?

- 2) E o que você considera, na sua prática profissional, como necessidades ocupacionais das pessoas com deficiência física?

Pergunta oculta: De acordo com sua prática profissional, o que você percebe que a pessoa com deficiência física precisa fazer para conseguir realizar de uma maneira satisfatória as suas ocupações cotidianas?

- 3) Que estratégias/ações de atuação você desenvolve com esse público para atender suas necessidades, seja de saúde ou ocupacionais?

- 4) Quais desafios dessa prática profissional?

Pergunta oculta: Que desafios você encontra para realizar sua atuação com esse público?

- 5) O que você visualiza que existe de serviços, tanto no âmbito da saúde, quanto de participação social, para pessoas com deficiência física no distrito em que você desenvolve sua prática profissional?

Pergunta oculta: O que você visualiza de serviços para pessoas com deficiência física no distrito em que você desenvolve sua prática profissional, seja de consultas médicas, postos

de saúde, grupos de convivência, grupos de atividades físicas, oficinas, conselhos ou voluntariado?

APÊNDICE B: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- 1) Nas duas últimas semanas, quais foram as suas necessidades de saúde?

Pergunta oculta: Nas duas últimas semanas, o que você buscou para satisfazer suas carências, seja nas suas condições de vida, no acesso aos serviços de saúde, nas suas relações e seus modos de levar a vida?

- 2) Nas duas últimas semanas, quais são as suas necessidades ocupacionais?

Pergunta oculta: Nos últimos dois meses, o que você acha que precisaria fazer nas atividades que realiza no dia a dia para conseguir uma satisfação ou felicidade, de uma maneira que lhe agrade?

- 3) Quais as principais barreiras (sociais e físicas) que você encontra para satisfazer suas necessidades?

Pergunta oculta: Quais são os principais impedimentos (sociais e físicos) que você encontra para suprir suas necessidades?

- 4) Quais serviços de saúde você utiliza dentro da sua comunidade?

Pergunta oculta: Você costuma ir à consultas médicas, postos de saúde, academia ao ar livre?

- 5) Como é sua participação na comunidade que vive?

Pergunta oculta: Você costuma participar de grupos de convivência, grupos de atividades físicas, oficinas, conselhos, voluntariado?

- 6) Em quais espaços da sua comunidade ou da cidade você circula?

Pergunta oculta: Você costuma ir à padaria, supermercado, shopping, praças?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar **voluntariamente** da pesquisa: **“PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: NECESSIDADES DOS USUÁRIOS E PRÁTICA PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS”**.

Este estudo é composto de perguntas direcionadas pela aplicação de entrevista semiestruturada, com registro da resposta através de gravação da mesma, e aplicação da Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA), a fim de compreender quais são as necessidades de saúde e necessidades ocupacionais das pessoas com deficiência física. Você pode **concordar ou não** em participar do estudo, e pode decidir, a qualquer momento, esclarecer suas dúvidas referentes à pesquisa, e se **retirar da mesma, sem penalidades e sem prejuízos**.

A divulgação dos resultados da pesquisa, contendo análises dos dados coletados será feita após a finalização do estudo, que estará disponível aos interessados, podendo ser apresentado em encontros científicos e publicado em revistas especializadas. Afirmar-se que **não existe o risco de ocorrer a identificação do usuário**, pois as pesquisadoras se comprometem em **manter o sigilo da identidade e a privacidade deste**. Para isso, durante a coleta dos dados, **não será usado nome nem registro** na instituição, sendo o entrevistado representado por um nome fictício. Ressalta-se, ainda, que sua participação na pesquisa **não resultará em riscos para sua saúde e que estará contribuindo para a disseminação de conhecimento científico sendo peça ativa deste processo**.

Informa-se que sua participação na pesquisa não acarretará **despesas para você** em qualquer fase do estudo, **nem haverá pagamento pela participação da mesma**, pois esta será **voluntária**.

Os responsáveis por esta pesquisa são as acadêmicas de Terapia Ocupacional da Universidade do Federal do Pará, Tatyani Arícia Maia Novais e Vera Nadine da Costa Campos e o Prof.º MSc. e Terapeuta Ocupacional Otavio Augusto de Araujo Costa Folha, pesquisador responsável.

Tatyani Arícia Maia Novais
Pesquisadora
Contato: (91) 98923-6604

Vera Nadine da Costa Campos
Pesquisadora
Contato: (91) 98369-4623

Otavio Augusto de Araujo Costa Folha
Pesquisador responsável
Contato: (91) 99642-2005

Diante das informações acima prestadas e após o esclarecimento de outras dúvidas, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Belém, ____ de _____ de 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar **voluntariamente** da pesquisa: “**PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: NECESSIDADES DOS USUÁRIOS E PRÁTICA PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**”.

Este estudo é composto de perguntas direcionadas pela aplicação de entrevista semiestruturada, com registro da resposta através de gravação da mesma, a fim de compreender quais são as percepções dos profissionais de Terapia Ocupacional atuantes na Atenção Primária, sobre as necessidades de saúde e necessidades ocupacionais das pessoas com deficiência física, além de conhecer serviços para este público nesse nível de atenção e entender quais estratégias de atuação esses profissionais utilizam para atender às necessidades desses usuários. Você pode **concordar ou não** em participar do estudo, e pode decidir, a qualquer momento, esclarecer suas dúvidas referentes à pesquisa, e se **retirar da mesma, sem penalidades e sem prejuízos**.

A divulgação dos resultados da pesquisa, contendo análises dos dados coletados será feita após a finalização do estudo, que estará disponível aos interessados, podendo ser apresentado em encontros científicos e publicado em revistas especializadas. Afirma-se que **não existe o risco de ocorrer a identificação do profissional**, pois as pesquisadoras se comprometem em **manter o sigilo da identidade e a privacidade deste**. Para isso, durante a coleta dos dados, **não será usado nome nem registro** na instituição, sendo o entrevistado representado por um nome fictício. Ressalta-se, ainda, que sua participação na pesquisa **não resultará em riscos para sua saúde e que estará contribuindo para a disseminação de conhecimento científico sendo peça ativa deste processo**.

Informa-se que sua participação na pesquisa não acarretará **despesas para você** em qualquer fase do estudo, **nem haverá pagamento pela participação da mesma**, pois esta será **voluntária**.

Os responsáveis por esta pesquisa são as acadêmicas de Terapia Ocupacional da Universidade do Federal do Pará, Tatyani Arícia Maia Novais e Vera Nadine da Costa Campos e o Prof.º MSc. e Terapeuta Ocupacional Otavio Augusto de Araujo Costa Folha, pesquisador responsável.

Tatyani Arícia Maia Novais
Pesquisadora
Contato: (91) 98923-6604

Vera Nadine da Costa Campos
Pesquisadora
Contato: (91) 98369-4623

Otavio Augusto de Araujo Costa Folha
Pesquisador responsável
Contato: (91) 99642-2005

Diante das informações acima prestadas e após o esclarecimento de outras dúvidas, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Belém, ____ de _____ de 2017.

ANEXO

PARECER DE APROVAÇÃO

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ocupações e qualidade de vida de pessoas com e sem deficiência

Pesquisador: Otavio Augusto de Araujo Costa Folha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56204316.4.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.593.032

Apresentação do Projeto:

Os seres humanos são seres ocupacionais. Isto significa que as ocupações organizam e estruturam seu dia-a-dia e refletem seu modo de viver no mundo e os fatores a ele relacionados. Estudos sobre como as pessoas usam o seu tempo ao longo de um dia são um modo de identificar as ocupações cotidianas das pessoas e sua relação com outros aspectos. Este projeto visa analisar e comparar a relação entre a percepção de

qualidade de vida e as ocupações de pessoas com deficiência com pessoas sem deficiência. Para tanto utilizar-se-á de métodos mistos de pesquisa com abordagens sequenciais de pesquisa quantitativa e qualitativa. Participarão da pesquisa sujeitos moradores da cidade de Belém vinculados a serviços de atenção básica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar e comparar a relação entre a percepção de qualidade de vida e as ocupações de pessoas com deficiência com pessoas sem deficiência

Objetivo Secundário:

Compreender como as pessoas com e sem deficiência usam seu tempo por meio das ocupações cotidianas que desempenham: o que, quando, onde e com quem realizam; Compreender as motivações que influenciam no envolvimento com estas ocupações; Identificar os critérios e

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepocs@ufpa.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/**



Continuação do Parecer: 1.593.032

possibilidades de escolha das ocupações que realizam (ocupações que querem, necessitam ou são esperadas fazer); Compreender os significados atribuídos ao modo como usam seu tempo; Identificar os graus de satisfação atribuídos ao modo como usam seu tempo; Avaliar e comparar a qualidade de vida de pessoas com e sem deficiência; Analisar a relação entre o uso do tempo e a qualidade de vida de pessoas com e sem deficiência

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta como riscos o extravio de informações e o vazamento de dados de identificação dos sujeitos da pesquisa, bem como a aplicação dos instrumentos de coleta de dados pode gerar algum constrangimento e desconforto momentâneo aos participantes. No entanto, serão tomadas medidas protetivas quanto a diminuição dos riscos de extravio e oferta de cuidado e suporte aos usuários.

Benefícios:

Como benefícios a pesquisa pode contribuir para os participantes por meio da identificação de fatores que afetam o desempenho de suas ocupações e uso do tempo e que podem estar relacionados à sua qualidade de vida. Além disso, pode fornecer informações capazes de subsidiar serviços e políticas voltados para pessoas com deficiência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_718546.pdf	17/05/2016 00:09:48		Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
 Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepocs@ufpa.br