



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

RODRIGO ALVES DOS SANTOS SILVA

**A FORMAÇÃO GRADUADA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS PARA O
CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO
PAULO**

São Carlos
2016

RODRIGO ALVES DOS SANTOS SILVA

**A FORMAÇÃO GRADUADA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS PARA O
CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO
PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

Agência de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Orientadora: Prof.^a Dra. Fátima Corrêa Oliver.

São Carlos
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586f Silva, Rodrigo Alves dos Santos
A formação graduada de terapeutas ocupacionais para o cuidado na atenção primária à saúde no estado de São Paulo / Rodrigo Alves dos Santos Silva. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
183 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Terapia Ocupacional. 2. Formação de Profissionais de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Ensino em Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.



Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Rodrigo Alves dos Santos Silva, realizada em 25/02/2016:

Profa. Dra. Fátima Correa Oliver
UFSCar

Profa. Dra. Roseli Esquerdo Lopes
UFSCar

Profa. Dra. Virgínia Junqueira
UNIFESP

Para que a gente escreve, se não é para juntar nossos pedacinhos?

Eduardo Galeano

DEDICATÓRIA

Dedico à minha mãe, *Salete*, por ser sua semente de humildade!

A tod@s terapeutas ocupacionais que por meio do afeto e disponibilidade cuidam...

AGRADECIMENTOS

Às energias que regem esse mundo e às vidas que acontecem em cada canto...

À Professora Fátima Corrêa Oliver pelo trabalho conjunto, orientações e empenho para concretização da pesquisa, além de sua fraterna condução nesse processo de tornar-se mestre, que transcende à realização da pesquisa.

À Professora Roseli Esquerdo Lopes, por ser fonte de sabedoria e de inquietação frente ao mundo e pela leitura atenciosa desta dissertação de mestrado e pelas várias discussões e aprendizados que estou tendo durante esses anos de UFSCar.

À Professora Virgínia Junqueira, por ser fonte de inspiração de vida e acreditar que mudanças são possíveis, quando acreditamos no outro. Da mesma maneira, agradeço pelas profundas contribuições e reflexões para esta dissertação.

Às professoras participantes da banca, em caráter de suplência, Patrícia Della Barba, Lúcia Uchoa, Stella Nicolau e Soraya Diniz.

À minha mãe *Salete*, guerreira, amorosa, cuidadora e progressista nos seus ensinamentos cotidianos, pelo amor e tudo que nos envolve, te amo mãe!

Para minha família, avós maternos *Manoel e Maria*, aos meus tios e tias, aos meus primos e primas por estarem ao meu lado e fazerem essa conquista possível.

Ao meu padrinho *Adilmo*, pela sensatez e apoio.

À *Marylia*, pelo amor, carinho e entendimento de minhas ausências, não foi fácil meu amor, mas estamos seguindo em frente, e que seja perene!

Ao meu pai Reginaldo e irmãos, pela torcida.

Ao Laboratório Metuia pelo espaço de estudo que me proporcionou. Assim, como ao Grupo de Pesquisa que me possibilitou ricas discussões teóricas.

Às juízas que contribuíram para aprimorar o escopo dos Roteiros que compõem essa pesquisa, e aos pesquisadores auxiliares das Rodas de Conversa.

À população brasileira por financiar e possibilitar a existência da Pós-Graduação pública no Brasil.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por auxiliar a minha dedicação à realização da pesquisa de mestrado.

Às (os) docentes e alunos (as) do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO/UFSCar) e às docentes e estudantes do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar.

À Professora *Stella Nicolau* pelo acolhimento e aprendizado, uma mulher arretada!

Aos meus amigos residentes multiprofissionais da UNIFESP, essa pesquisa também foi inspirada pelos encontros que tivemos.

À equipe e à população cuidada na Unidade Básica de Saúde do Bom Retiro, na cidade de Santos-SP, por todos os ensinamentos sobre atenção primária à saúde.

À Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), que por meio do curso de terapia ocupacional me permitiu a formação graduada, e à população alagoana por contribui para essa possibilidade. Da mesma forma agradeço aos meus amigos e amigas da turma, *incansáveis criadores de possibilidades*.

À Professora *Sandra Menta*, pelos ensinamentos, asas e gargalhadas entusiasmantes.

À *Késia*, pela amizade e por todo apoio e discussões sobre a vida e sobre a terapia ocupacional, uma ternura de pessoa.

Aos motoristas de ônibus, às caronas e aos postos rodoviários que me permitiram com segurança realizar várias viagens para realização da pesquisa no Estado de São Paulo.

Aos coordenadores (as), docentes e estudantes de terapia ocupacional do estado de São Paulo pela recepção sempre calorosa e pelo empenho em contribuir para a construção dos dados dessa pesquisa.

Agradeço aos meus amigos *David, Flávio e Jorge* pela parceria e dedicação conjunta na realização de nossos projetos acadêmicos, vocês são inspiração e tornaram essa trajetória são carlense mais leve, além de ampliarem o meu aprendizado durante o mestrado.

Para as minhas cunhadas, cunhados, sogra e sogro pelo incentivo.

Aos meus primos Valter, Vitor e sua esposa Daniela pelas acolhidas em São Paulo e o apoio de sempre.

Aos meus amigos do Piauí e ao Amaury, por me receberem de braços abertos em São Carlos.

À Vivian e Érica por ajudarem na revisão técnica dos dados da pesquisa.

A todos que não citei aqui, mas que tiveram total relevância para a concretização dessa trajetória.

RESUMO

É fundamental o debate entre a formação do terapeuta ocupacional e a Atenção Primária à Saúde (APS), tanto em torno de referenciais teóricos e metodológicos, como na busca das atribuições e ações específicas da terapia ocupacional, visto que as contribuições científicas nesse campo contam com pouco detalhamento para a formação e para a prática profissional. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi descrever e analisar a formação graduada de terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS em instituições de ensino superior do estado de São Paulo. A pesquisa possui abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva e documental. Participaram desta investigação, 8 coordenadoras, 17 docentes e 69 estudantes de 9 cursos de terapia ocupacional do estado de São Paulo. Os dados foram construídos durante a realização de entrevistas, rodas de conversa e estudo de documentos institucionais. Para tanto, utilizou-se de roteiros de entrevista, de roda de conversa e de análise documental. Os dados foram tratados por meio da categorização temática. No que se refere aos dados obtidos junto aos documentos e às coordenadoras, foram identificados os componentes curriculares, a heterogeneidade de desenhos curriculares, o tempo que a APS é abordada na formação e o número de docentes envolvidos no ensino da APS. Os dados construídos junto às docentes corresponderam a cinco categorias temáticas: I - a trajetória de formação profissional e acadêmica das docentes terapeutas ocupacionais na APS; II - as atividades de formação nos campos do ensino, pesquisa e extensão, metodologias de ensino e os conteúdos teóricos essenciais à formação para APS; III - acompanhamento dos estudantes nos serviços de formação prática e sua modalidade de gestão; IV - perspectivas do cuidado na APS e do cuidado de terapeutas ocupacionais na APS; V - contribuições à formação; os apoios oferecidos; as potências, os desafios e as mudanças necessárias à formação voltada para APS. A construção dos dados com os estudantes resultou em quatro categorias temáticas: I - conhecimentos sobre APS; II - componentes curriculares e conteúdos essenciais à formação para cuidado na APS; III - os conceitos de estudantes sobre o cuidado de terapeutas ocupacionais na APS; IV - formação para APS, desafios e mudanças necessárias. Por meio da análise desses dados, constatou-se que nos cursos de terapia ocupacional há componentes curriculares teóricos e práticos da APS, com delineamento relacionado à compreensão sobre o cotidiano, o território, a ação intersetorial e as diferentes estratégias de cuidado individual e coletivo para favorecer o acesso a direitos por meio das políticas sociais e ao cuidado em saúde e, dessa maneira, apoiar a construção de percursos de participação da população nas diferentes esferas da vida. Desse modo, o processo de construção do trabalho de campo e as reflexões trazidas pelo estudo permitiram analisar que os processos formativos da terapia ocupacional têm promovido, em alguma medida, um profissional crítico, com saberes próprios, disponível a estar na APS e realizar um trabalho específico e em equipe de maneira a contribuir para o desenvolvimento de atenção qualificada junto à população.

Palavras chave: Terapia Ocupacional. Formação de Profissionais de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Ensino em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

It is essential the debate between the formation of the occupational therapist and the Primary Health Care (PHC), both around theoretical and methodological frameworks, such as the pursuit of specific tasks and actions of occupational therapy, since the scientific contributions in this field have little detail for training and professional practice. In this sense, the objective of this study was to describe and analyze the graduate training of occupational therapists to care PHC in higher education institutions in the state of São Paulo. The research has a qualitative approach, exploratory-descriptive and document type. Participated in this investigation, 8 coordinators, 17 teachers and 69 students of 9 occupational therapy courses in the state of São Paulo. Data were built during the interviews, conversation circles and study of institutional documents. Therefore, we used the interview scripts, talk wheel and document analysis. The data were analyzed through thematic categorization. With regard to data obtained from the documents and coordinators, curriculum components were identified, the heterogeneity of curricular designs, the time that PHC is addressed in the training and the number of teachers involved in the teaching of PHC. The data built with the teachers corresponded to five themes: I - vocational training and academic trajectory of occupational therapists teachers in PHC; II - training activities in the fields of education, research and extension, teaching methodologies and essential theoretical content training for PHC; III - Monitoring of students in practical training services and their management mode; IV - care prospects in PHC and care of occupational therapists in PHC; V - contributions to training; the support offered; the powers, the challenges and the changes necessary for focused training for PHC. The construction of the data with the students resulted in four thematic categories: I - knowledge of PHC; II - curricular components and essential content training for care in PHC; III - students concepts about the care of occupational therapists in PHC; IV - Training for PHC, challenges and necessary changes. Through the analysis of these data, it was found that the occupational therapy courses there are theoretical and practical curriculum components of PHC related understanding design on daily life, the territory, intersectoral action and the different individual care strategies and collective to facilitate access to rights through social policies and health care and, thus, support the construction of paths of participation of people in different walks of life. Thus, the construction process of fieldwork and reflections brought about by the study allowed us to analyze the formation processes of occupational therapy have promoted at least a critical professional with specific knowledge, available to be in the PHC and perform a specific job and staff in order to contribute to the development of skilled care to the population.

Keywords: Occupational Therapy. Training of Health Professionals. Primary Health Care. Health Education. Health System.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Modalidades e composição profissional das equipes de APS no Brasil
- Quadro 2** - Caracterização das Coordenadoras de cursos de Terapia Ocupacional
- Quadro 3** - Caracterização das Docentes responsáveis pelo ensino da APS
- Quadro 4** - Caracterização dos estudantes participantes das Rodas de Conversa (RC)
- Quadro 5** – Informações gerais dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional
- Quadro 6** – Caracterização do curso da IES A
- Quadro 7** – Eixo: TS e Estágios Profissionalizantes
- Quadro 8** - Caracterização do curso da IES B
- Quadro 9** - UPSTO III e IV
- Quadro 10** - Caracterização do curso da IES C
- Quadro 11** – Disciplinas e Estágios do Curso da IES C
- Quadro 12** - Caracterização do curso da IES D
- Quadro 13** – Componentes Curriculares relacionados à APS
- Quadro 14** - Caracterização do curso da IES E
- Quadro 15** – Componentes Curriculares da IES E
- Quadro 16** - Caracterização do curso da IES G
- Quadro 17** – Componentes Curriculares da IES G
- Quadro 18** – Síntese das informações dos PPP dos seis cursos analisados
- Quadro 19** - Distribuição de disciplinas relacionadas à APS ao longo dos anos de formação
- Quadro 20** - Ano de Graduação das Docentes
- Quadro 21** – Desafios entre a terapia ocupacional e APS
- Quadro 22** – Dificuldades dos serviços de formação prática quando da ausência da TO
- Quadro 23** – Caminhos a seguir na formação de terapeutas ocupacionais para APS
- Quadro 24** – Componentes Curriculares referidos
- Quadro 25** – Mudanças indicadas pelos estudantes

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABBR** Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
- ABRATO** Associação Brasileira de Terapia Ocupacional
- ABS** Atenção Básica à Saúde
- APS** Atenção Primária à Saúde
- CEP** Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
- CLATO** Confederação Latino Americana de Terapeutas Ocupacionais
- COFFITO** Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- DC** Diário de Campo
- ESF** Estratégia de Saúde da Família
- ESFF** Equipes de Saúde da Família Fluviais
- ESFR** Equipes de Saúde da Família Ribeirinha
- ENDTO** Encontro Nacional de Docentes de TO
- ENADE** Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
- EUA** Estados Unidos da América
- FMI** Fundo Monetário Internacional
- FNEPAS** Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
- IDA** Integração Docente-Assistencial
- IES** Instituições de Ensino de Superior
- INAR** Instituto Nacional de Reabilitação
- IR** Instituto de Reabilitação
- LDBEN** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- MS** Ministério da Saúde
- NASF** Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- NOB** Norma Operacional Básica
- NOAS** Norma Operacional da Assistência à Saúde
- OIT** Organização Internacional do Trabalho
- ONU** Organização das Nações Unidas
- OPAS** Organização Pan-Americana de Saúde
- OS** Organizações Sociais
- PACS** Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAS** Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo
- PCD** Pessoas com deficiências

PET – Saúde Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PPGTO Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

PPP Projetos Políticos Pedagógicos

PROMED Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina

PRÓ-SAÚDE Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF Programa Saúde da Família

PTS Projeto Terapêutico Singular

QUALIS Programa Qualidade Integral em Saúde

RAD Roteiro de Análise Documental

RBC Reabilitação Baseada na Comunidade

RC Rodas de Conversa

REC Roteiro de Entrevista com Coordenador (a)

RED Roteiro de Entrevista com Docente responsável pelo ensino da APS

RENETO Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional

REUNI Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RRC Roteiro de Roda de Conversa

SINAES Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SGTES Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SNPTO Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional

SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TS Trabalho em Saúde

UBSF Unidades Básicas de Saúde Fluviais

UBS Unidades Básicas de Saúde

UFSCar Universidade Federal de São Carlos

UNCISAL Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNIFESP Universidade Federal de São Paulo

UEAC Unidade Educacional de Atividades Complementares

UECON Unidade Educacional de Consultoria Orientada

UEPSTO Unidade Educacional de Prática Supervisionada em TO

UEPTO Unidade Educacional de Pesquisa em TO

UEREATO Unidade Educacional de Recursos e Atividades em TO

UERTMTO Unidade Educacional de Referenciais Teóricos e Metodológicos em TO

USP Universidade de São Paulo

UNI Uma Nova Iniciativa

VER-SUS Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
INTRODUÇÃO.....	19
1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	19
1.1 APONTAMENTOS SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO	24
1.2 INFLUÊNCIAS PARA A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE. 27	
1.3 POLÍTICAS INDUTORAS PARA O CAMPO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	32
1.4 CAMINHOS DA FORMAÇÃO GRADUADA EM TERAPIA OCUPACIONAL	35
1.4.1 CAMINHOS DA FORMAÇÃO E DA PRÁTICA EM TERAPIA OCUPACIONAL NA APS	45
2 PERCURSO METODOLÓGICO	50
2.1 Participantes e locais da Pesquisa.....	51
2.2 Caracterização dos Participantes	52
2.3 Instrumentos para a Construção dos Dados da Pesquisa	54
2.4 Procedimentos.....	57
2.5 Análise dos dados	59
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
3.1 ANÁLISE DOCUMENTAL E CONTRIBUIÇÕES DE COORDENADORAS DE CURSOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO VOLTADA PARA O CUIDADO NA APS.....	61
3.1.1 Curso de Terapia Ocupacional da IES A	62
3.1.2 Curso de Terapia Ocupacional da IES B.....	66
3.1.3 Curso de Terapia Ocupacional da IES C.....	69
3.1.4 Curso de Terapia Ocupacional da IES D	73
3.1.5 Curso de Terapia Ocupacional da IES E.....	76
3.1.6 Curso de Terapia Ocupacional da IES G	78
3.1.7 A formação para APS.....	80
3.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS DOCENTES	82

3.2.1 A TRAJETÓRIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ACADÊMICA DAS DOCENTES TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA APS	82
3.2.1.1 Graduação em Terapia Ocupacional antes do SUS.....	82
3.2.1.2 Graduação em Terapia Ocupacional pós SUS	85
3.2.1.3 Trajetórias na prática profissional	88
3.2.2 AS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO NOS CAMPOS DO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, METODOLOGIAS DE ENSINO E OS CONTEÚDOS TEÓRICOS ESSENCIAIS À FORMAÇÃO PARA APS.....	89
3.2.2.1 As atividades de formação nos campos do Ensino, Pesquisa e Extensão ...	89
3.2.2.2 Metodologias de Ensino Aprendizagem	95
3.2.2.3 Metodologias ativas de ensino aprendizagem.....	95
3.2.2.4 Metodologia “tradicional”	96
3.2.2.5 Ensino baseado em evidências de artigos científicos.....	97
3.2.2.6 Crítica à universalização do modelo de metodologia ativa na formação....	97
3.2.2.7 Conteúdos teóricos essenciais à formação para APS	98
3.2.2.8 Campo da Terapia Ocupacional na APS	101
3.2.3 ACOMPANHAMENTO DOS ESTUDANTES NOS SERVIÇOS DE FORMAÇÃO PRÁTICA E SUA MODALIDADE DE GESTÃO	105
3.2.3.1 Acompanhamento dos estudantes e a presença do terapeuta ocupacional no cenário de prática	105
3.2.3.2 Modalidades de gestão dos serviços que recebem os estudantes nos contextos de práticas e estágios.....	110
3.2.4 PERSPECTIVAS DO CUIDADO NA APS E DO CUIDADO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA APS: contribuições à formação.....	114
3.2.4.1 Perspectivas do cuidado na APS	114
3.2.4.2 O cuidado de terapeutas ocupacionais na APS	118
3.2.5 OS APOIOS OFERECIDOS; AS POTÊNCIAS, OS DESAFIOS E AS MUDANÇAS NECESSÁRIAS PARA FORMAÇÃO VOLTADA PARA APS	125
3.2.5.1 Os apoios oferecidos	125
3.2.5.2 As potências e a necessidade de fortalecimento da Terapia Ocupacional na APS.....	128

3.2.5.3 Os desafios	129
3.2.5.4 As mudanças necessárias para formação voltada para APS	131
3.3 ANÁLISE DAS RODAS DE CONVERSA COM OS ESTUDANTES	133
3.3.1 CONHECIMENTOS SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE)	133
3.3.1.1 APS com foco no território	136
3.3.2 COMPONENTES CURRICULARES E CONTEÚDOS ESSENCIAIS À FORMAÇÃO PARA CUIDADO NA APS	139
3.3.2.1 Componentes curriculares	139
3.3.2.2 Conteúdos teóricos práticos essenciais à formação para APS	142
3.3.3 OS CONCEITOS DE ESTUDANTES SOBRE O CUIDADO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL NA APS	145
3.3.4 A FORMAÇÃO PARA APS, DESAFIOS E MUDANÇAS NECESSÁRIAS	150
3.3.4.1 DESAFIOS	150
3.3.4.2 MUDANÇAS	152
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS	157
ANEXO	167
APÊNDICES	172
Apêndice I - Roteiro de Análise de Documentos (RAD)	173
Roteiro de Análise de Documentos (RAD)	174
Apêndice II - Roteiro para Entrevista com o Coordenador (REC)	175
Apêndice III - Roteiro para Entrevista com o Docente responsável pela área da APS (RED)	176
Apêndice IV - Roteiro para a Roda de Conversa (RRC)	177
Apêndice V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coordenador (a) de Cursos de Terapia Ocupacional	178
Apêndice VI – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Docente responsável pela área da Atenção Primária à Saúde nos Cursos de Terapia Ocupacional	180
Apêndice VII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudante de Terapia Ocupacional	182

APRESENTAÇÃO

A escolha de investigação da temática *A Formação Graduada de Terapeutas Ocupacionais para o Cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado de São Paulo*, parte da trajetória acadêmica do estudante de pós-graduação Rodrigo Alves dos Santos Silva graduado em terapia ocupacional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e da orientadora Prof^a. Dr^a. Fátima C. Oliver.

Nesse sentido, apresento um pouco da minha história na terapia ocupacional, o que me permitiu o ânimo e a felicidade de realizar essa pesquisa, que compõe o meu processo de formação no mestrado acadêmico em terapia ocupacional.

As motivações para a realização dessa pesquisa, possuem ligações com a minha trajetória de formação graduada em terapia ocupacional em diversas experiências e, de modo particular, nas disciplinas de Organização e Gestão de Serviços de Saúde, e Saúde Pública aplicada à Terapia Ocupacional (onde fui aluno e monitor), disciplinas aos cuidados da *Profa. Ms. Sandra A. Menta*, importante amiga que a terapia ocupacional me presenteou. A realização de dois estágios de Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva com ênfase na APS (um obrigatório e outro não-obrigatório) me permitiu perceber a complexidade dos contextos comunitários e de uma outra maneira de cuidar das pessoas por meio da terapia ocupacional.

Além dessas experiências, a participação em diversos projetos de extensão com enfoque comunitário, ligas acadêmicas e em eventos científicos contribuíram para pensar a terapia ocupacional como perspectiva longitudinal de cuidado e ação, pelo seu pensar e fazer no cotidiano.

A trajetória no curso de terapia ocupacional, só foi possível devido às possibilidades a mim colocadas por meus familiares (*minha mãe Salete, em especial*), pelo meu amor *Marylia*, pelos meus amigos de formação em terapia ocupacional e da UNCISAL, por professores, preceptores, trabalhadores, serviços e pessoas, que me permitiram o aprendizado da formação graduada com suas histórias de vida, corpos e emoções. Esse percurso foi atravessado também pela inspiração de ter sido de uma turma de graduação chamada “*incansáveis criadores de possibilidades*”.

Essa trajetória, me fez decidir pela escolha de realizar uma formação em Saúde Coletiva. Assim, ingressei na Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP na cidade de Santos – SP, onde realizei

minha formação em serviço durante 14 meses (entre 2012 – 2013), o que me favoreceu maior contato e vivência com o trabalho interdisciplinar e com ações fundamentadas na Gestão do Cuidado Integral à Saúde, incluindo ações intersetoriais, territoriais e de gestão do trabalho em saúde. Não concluí essa formação por inteiro, mas sua interrupção me permitiu outras descobertas... a convivência com meus amigos residentes multiprofissionais, alguns tutores, preceptores e pessoas com as quais compartilhei práticas de cuidado, me permitiram trilhar o desafio que descrevo a seguir.

Exercer a docência na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) no Departamento de Terapia Ocupacional como Professor substituto, subárea: Saúde Pública, principalmente junto a discentes de terapia ocupacional inseridos na APS do município de São Carlos – SP, foi de uma singularidade e inspiração tamanhas, durante um intenso período de 11 meses (2013 – 2014). O curso de graduação em terapia ocupacional da UFSCar possui em sua história e em seus docentes o pensamento de uma terapia ocupacional brasileira, dentro de sua diversidade, com pontos de vista e visões sobre a área que eu compartilho e acredito.

Essa experiência na docência, regada a muito suor, me fez aprender e buscar a interface entre os fundamentos da Terapia Ocupacional, o aporte teórico da Saúde Coletiva e da integralidade do cuidado numa relação reflexiva com o corpo de conhecimentos interdisciplinares, que permitem a terapia ocupacional cuidar das pessoas com as quais compartilha suas práticas de maneira integral.

Todas as experiências desde a graduação, passando pela pós-graduação e pelo exercício da docência voltado para APS, me permitiram identificar fragilidades e carências que atravessam a necessidade de construir fundamentos teóricos e metodológicos sólidos para a efetivação de ações terapêutico-ocupacionais condizentes com as necessidades da população nos serviços da APS.

Acredito que esta pesquisa, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO/UFSCar), contempla minha trajetória e pode fornecer subsídios para o processo de aprendizagem sob uma análise técnica e crítica da situação dos territórios e da população que o terapeuta ocupacional acompanha nos serviços de APS. Esse percurso da pesquisa contribuiu para a descoberta de fissuras que o cotidiano da formação proporciona, emergindo desse processo possibilidades de aprendizado coletivo sobre a formação e o trabalho do terapeuta ocupacional na APS.

Dessa forma, o texto da dissertação foi organizado, nesta introdução, no *Capítulo I*, com um apanhado da institucionalização da Atenção Primária à Saúde

(APS) no contexto brasileiro e em seguida situamos o estado de São Paulo e suas particularidades frente à APS. Isso tornou-se necessário porque este é o estado do país em que se concentram as Instituições de Ensino de Superior (IES) que possuem os cursos de terapia ocupacional participantes da pesquisa.

No segundo momento, nos debruçamos sobre as influências, as políticas e os programas que reorientaram a formação em saúde no Brasil, em interface com a APS. Em seguida, buscamos compreender os caminhos e a construção histórica da formação de terapeutas ocupacionais e exploramos os caminhos da formação graduada de terapia ocupacional para APS, principal tema de estudo nessa pesquisa.

No *Capítulo II* apresentamos o percurso metodológico, onde descrevemos o local e os participantes do estudo; os instrumentos e os procedimentos éticos para a construção dos dados da pesquisa e a sua forma de análise.

Já no *Capítulo III* discutimos os resultados da pesquisa no âmbito da: análise documental, das entrevistas com as docentes e das Rodas de Conversa com os estudantes. Ao final deste texto, apresentamos as considerações finais sobre o estudo.

INTRODUÇÃO

1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

As lutas contra a ditadura militar, iniciadas no Brasil em 1964, levaram à conquista da democracia em 1985. Essas ações de enfrentamento tiveram o apoio do movimento da Reforma Sanitária e fortaleceram a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, marcos históricos no campo da participação popular e de disputa política em relação à escolha e à construção do modelo de assistência à saúde a ser adotado no país (PAIM, 2013).

A participação desses diferentes atores contribuiu para a promulgação da Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como direito de todos e um dever do Estado e, além disso, estabeleceu em 1990 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei nº 8.080 e da Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990).

O SUS foi criado com base no princípio da gratuidade por meio de um modelo redistributivo, inspirado nas premissas igualitaristas do Estado de Bem-Estar Social europeu. Além de que, o SUS foi concebido para enfrentar dupla tarefa: combater a pobreza e a desigualdade social e superar o limite de cobertura do seguro saúde e o modelo privatista do regime militar no setor saúde (OCKÉ-REIS, 2012).

Nesse sentido, o SUS organiza-se enquanto um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado em níveis assistenciais e com foco mais recente em redes de cuidado à saúde, com a perspectiva de pensar e fazer esse cuidado com eixo orientador na Atenção Primária à Saúde (APS)¹ (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011).

De tal modo, esse nível assistencial deveria reorientar o modelo de atenção no Sistema de Saúde brasileiro pelos princípios da longitudinalidade do cuidado, do caráter de suas ações no âmbito individual e coletivo, da promoção à saúde e da prevenção às doenças e aos agravos à saúde, como também a APS deve articular as redes de cuidado de maneira intersetorial nos seus territórios de abrangência (CAMPOS et al., 2008).

¹ De acordo com a Portaria MS/GM nº 2.488 (BRASIL, 2011), os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica à Saúde (ABS) são equivalentes. No entanto, faremos a opção pela utilização do termo APS, a escolha se deve pelo fato da APS dentro de sua construção histórica, desde Declaração de Alma-Ata em 1978, permitir uma concepção abrangente ou integral de uma atuação intersetorial como condição para que não se restrinja ao primeiro nível, mas seja a base de toda a atenção se contrapondo a uma concepção seletiva da APS como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido a pobres, baseada nas preocupações do Banco Mundial em suas análises de custo-eficácia (GIOVANELLA et al., 2009).

No entanto, o processo de desenvolvimento e construção da APS como reorientadora da atenção à saúde no Brasil pós-SUS (início dos anos 1990), sofreu interferências, devido à agenda de reformas do Estado proposta, sobretudo, pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial, que se baseou no diagnóstico da inadequação dos gastos brasileiros em saúde, ao afirmar que esses eram excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres (SENNA, 2002).

Nesse contexto, tiveram início no país as políticas, ainda que incipientes e focalizadas, de expansão da APS induzidas pelo governo federal com o objetivo de promover a inversão do modelo centrado no hospital, consolidado no período da ditadura militar (1964-1985) (ALMEIDA, 2015).

O modelo escolhido para realizar essa inversão foi o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, inspirado nos acúmulos da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991 nas regiões Norte e Nordeste. O PACS foi influenciado pelos trabalhos realizados por voluntários (as) das comunidades eclesiais de base e pastorais cristãs, como também teve a influência do modelo do “trabalhador comunitário de saúde” proposto pelo Banco Mundial (RIZZOTTO, 2000).

Nesse sentido, as orientações do Banco Mundial, no bojo da lógica da reforma do Estado brasileiro, promoveram a escolha e a criação de programas como o PACS e o PSF (RIZZOTTO, 2000). Esses programas foram vistos como uma medida fortemente impregnada por seu caráter racionalizador, que reserva ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionados a grupos populacionais pobres e marginalizados (SENNA, 2002).

Assim, após a escolha de uma APS seletiva e programática a ser realizada pelo PSF e PACS, houve a criação, em 1996, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma estratégia importante que ampliou o cuidado à saúde por meio do SUS, sendo incentivada pela definição do financiamento específico por meio da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996 (BRASIL, 1996a). Mas, a ESF não radicalizou uma oferta de serviços a todos, devido, entre outras questões, a seu caráter de equipe mínima, formada por médico/a, enfermeiro/a, técnico/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde que realizam ações focalizadas (CONILL, 2008).

Esse arranjo pensado para a ESF com equipe mínima para cuidar de um número elevado de pessoas de um território sanitário aliado a uma estrutura burocrática pesada, ao corporativismo, ao aparelho formador, aos preconceitos em relação à tecnologia das relações na APS, juntamente a inexistência de uma carreira profissional no SUS, ao

papel limitado dos serviços na determinação social da doença, à dificuldade do desenvolvimento de um trabalho intersetorial, além da dificuldade no acesso, fragilidade na gestão e organização dos serviços prejudicaram sua institucionalização nos municípios, assim como sua resolutividade (CONILL, 2008).

Para o enfrentamento de parte dessas problemáticas, identificamos a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) que propôs a ampliação da assistência; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diante disso, a NOAS/2001 submeteu os municípios habilitados perante a NOB/1996 a um processo avaliativo, que lhes permitiria realizar a Gestão Plena da Atenção Ampliada em Saúde em seus municípios (BRASIL, 2001).

Pouco tempo depois, já em 2006, é aprovada pela primeira vez no Brasil, uma Política Nacional de Atenção Básica que, foi formulada por meio da experiência acumulada, e contribuiu com novas diretrizes para a organização da APS (BRASIL, 2006). Nesse bojo são lançadas as propostas de Pactos: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que possibilitaram acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade. Além de buscar reforçar a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão, de fortalecimento dos espaços e mecanismos de controle social e de qualificação do acesso da população à atenção à saúde, com o propósito de redefinir também os instrumentos de regulação, programação e avaliação do SUS (BRASIL, 2006).

Esses Pactos propunham a produção de mudanças no interior do sistema e transformações das pessoas e de suas práticas, com privilégio ao acolhimento e ao vínculo com os usuários e à autonomia das profissionais na organização progressiva do cuidado em saúde como estratégias de transformação do sistema (GIL, 2006).

Assim, para apoiar a ESF e buscar uma possível APS um pouco mais abrangente, uma das medidas adotadas foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria Nº 154 (BRASIL, 2008). Nessa estratégia poderiam atuar diferentes profissionais de saúde inscritos no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), de maneira a ampliar a resolutividade e as práticas de cuidado da APS com seus saberes e práticas (SOUZA et al., 2012).

Dando continuidade a esse processo, uma outra dilatação da APS brasileira, veio com a segunda Política Nacional de Atenção Básica, por meio da publicação da

Portaria MS/GM nº 2.488 (BRASIL, 2011), a que reafirmou a ESF como a principal reordenadora do SUS, ampliou a composição profissional e definiu outras modalidades de serviços, tais como: Equipes de Consultório na Rua; Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR); Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), para além das já existentes: ESF, NASF, Equipes de Saúde Bucal, Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Atenção Domiciliar. Podemos observar no *Quadro 1*, a modalidade e composição profissional desses serviços de APS.

Quadro 1 - Modalidades e composição profissional das equipes de APS no Brasil

MODALIDADE	COMPOSIÇÃO
Equipe de Saúde da Família	1 médico(a), 1 enfermeiro(a), 1-2 auxiliar/técnico (a) de enfermagem, 4-6 agentes comunitários de saúde
Equipe de Atenção Básica	Pediatra, ginecologista, clínicos(as) geral, enfermeiro(a), auxiliar/técnico (a) de enfermagem, etc.
Equipe de Saúde Bucal I	Cirurgião (a) dentista e auxiliar de saúde bucal
Equipe de Saúde Bucal II	Cirurgião (a) dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico (a) de saúde bucal
Núcleo de Apoio à Saúde da Família*	Médico (a) acupunturista, assistente social, profissional/professor (a) de educação física, farmacêutico(a), fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), médico (a) ginecologista/obstetra, médico (a) homeopata, nutricionista, médico (a) pediatra, psicólogo (a), médico (a) psiquiatra, <u>terapeuta ocupacional</u> , médico (a) geriatra, médico (a) internista (clínica médica), médico (a) do trabalho, médico (a) veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas
Equipes de Consultório na Rua*	Enfermeiro(a), psicólogo (a), assistente social, <u>terapeuta ocupacional</u> , médico (a); agente social, auxiliar/técnico (a) de enfermagem, técnico (a) de saúde bucal
Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas	Médico(a), enfermeiro(a), auxiliar/técnico (a) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, microscopista, técnico (a) de laboratório e/ou bioquímico (a).
Equipes de Atenção Domiciliar*	Médico(a); enfermeiro(a); auxiliar/técnico (a) de enfermagem; assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo (a); nutricionista; odontólogo (a); psicólogo (a); farmacêutico (a); e <u>terapeuta ocupacional</u> .

Fonte: Adaptado de Almeida (2015, p. 164).

*Nessas modalidades, os profissionais são escolhidos de acordo com a modalidade de equipe NASF, Consultório na Rua e Atenção Domiciliar, essas preferências devem ser orientadas pelas necessidades de saúde da população.

Mesmo que a escolha ainda não tenha sido por uma APS abrangente, a Portaria MS/GM nº 2.488 de 2011 (BRASIL, 2011), avança nesse sentido, além de redefinir a APS no Brasil, como se percebe em sua proposição:

A Atenção Básica ou Atenção Primária caracteriza-se por 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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. *Utiliza tecnologias de cuidado complexas* e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011, p.2).

Segundo Almeida (2015), essa concepção oficial de APS incorporou a diversidade de experiências de APS do país, assim como os atributos definidos por Starfield (2002): das abordagens centradas nos indivíduos e na população para alcançar uma APS de alta qualidade, efetiva e equitativa, entendendo a APS como componente estratégico do sistema de saúde. As ideias de Starfield foram amplamente difundidas no Brasil, a partir dos anos 2000, e orientaram o desenvolvimento de um conjunto de metodologias para sua ampliação.

Além disso, ficou definida não só como o primeiro nível de cuidado em saúde, mas como ordenadora das redes de atenção à saúde, que considera sua equipe multidisciplinar como coordenadora do cuidado, tendo por base as necessidades em saúde da população por meio de ações horizontais, incluindo as práticas intersetoriais e a integração com os outros níveis de atenção à saúde (ALMEIDA, 2015; BRASIL, 2011).

Desse modo, faz-se necessário entender que a APS apresenta demandas epidemiologicamente complexas e muitas das situações cotidianas de seus serviços constituem casos instrumentalmente simples, por vezes, associados a patologias de menor gravidade para as pessoas e que abrangeriam cuidados mais simplificados para os profissionais, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial, somando-se a isso, a proximidade que essa atenção estabelece com o viver

social cotidiano. Assim, a APS se configura como nível assistencial que requer em seus cuidados a saúde, uma *alta complexidade tecnológica* e baixa densidade tecnológica (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Tecnologia sendo definida por Mendes-Gonçalves (1994), como a reunião de saberes (os campos de conhecimento das profissões) e os seus desdobramentos em técnicas materiais e não-materiais que, ao darem um sentido técnico ao ato de cuidar, dão-lhe um sentido social articulado.

Nessa acepção, a *alta complexidade tecnológica* da APS se transfere para o trabalho profissional, o qual precisa ter alta capacidade resolutive e alta sensibilidade diagnóstica para que nos encontros de cuidado na APS, se possa dominar a complexidade epidemiológica de sua população e os seus saberes e técnicas, de modo a realizar a atenção integral compatível com as necessidades dessa população (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; MENDES-GONÇALVES, 1994).

Desse modo, tendo em vista os avanços, ainda que tímidos de uma perspectiva de APS abrangente no país, as diversas realidades sanitárias e epidemiológicas com as quais os serviços em geral e de APS se deparam no dia a dia, fazem com que sejam necessárias a luta e a defesa do SUS universal, que conte com um financiamento condizente com sua grandeza de política social e com profissionais qualificados para intervir na sua realidade.

É nesse sentido, da qualificação profissional que essa pesquisa busca contribuir por investigar o campo empírico da formação de terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS, e por entendermos, o campo de conhecimento da terapia ocupacional, como uma das *tecnologias*, possíveis de responder a *alta complexidade tecnológica* exigida na APS, por meio de seus saberes, de suas ações e de suas técnicas de cuidado.

1.1 APONTAMENTOS SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

No Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até a atualidade, observamos as várias tentativas de se organizar a APS. Mais do que isso, vários modelos foram implantados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções distintas. Entre esses, o modelo dos Centros de Saúde, inicialmente propostos por Paula Souza, no estado de São Paulo, que propunha ações

com ênfase em educação sanitária e controle de epidemias relacionadas às doenças infectocontagiosas (LAVRAS, 2011).

Os Centros de Saúde, construídos por Paula Souza em São Paulo, eram vinculados à Secretaria de Estado da Saúde durante a década de 1960, e tinham atuação voltada predominantemente para a atenção materno-infantil e para o desenvolvimento de ações de saúde pública, incluindo o enfrentamento das grandes endemias (LAVRAS, 2011; BASTOS DE PAULA, 2015).

Nesse período, o estado de São Paulo tem como destaque a Reforma realizada pelo médico sanitário Walter Pereira Leser, que ficou à frente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em duas gestões (1967-1971 e 1975-1979). Esse sanitário foi responsável pela grande tarefa de organizar os chamados Centros de Saúde polivalentes (que envolviam ações de prevenção e educação em saúde – integração de ações sanitárias e assistência médica), em substituição aos serviços programáticos verticalizados (BASTOS DE PAULA, 2015).

Além da mudança de perspectiva dos Centros de Saúde, Walter P. Leser criou vários cursos curtos de saúde pública para povoar os postos de saúde e os distritos sanitários com gente jovem de garra e que desse outro aspecto à Saúde Pública de São Paulo. Aliado a esse processo criou a carreira de médico sanitário na secretaria, assim como vinculou o estágio para os alunos da área médica e de saúde, nos centros de saúde, em parceria com as universidades, por meio dos departamentos de medicina preventiva e social (BASTOS DE PAULA, 2015; MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Cabe destacar que a APS em São Paulo, do início da década de 1970, foi muito ligada à escola médica e à incorporação de princípios da Medicina Preventiva. Já no final dessa década, por conta, principalmente, da Reforma de Walter Leser, do Documento sobre os cuidados primários em saúde de Alma-Ata (1978) e do movimento da Reforma Sanitária, o objetivo da APS em São Paulo foi implantar uma rede capaz de trabalhar a partir do referencial da epidemiologia e desenvolver ações de saúde pública para determinados grupos populacionais. Assim, são elaborados e implantados os programas básicos para os Centros de Saúde, de assistência à gestante, à criança e ao adulto articulados aos níveis secundário e terciário. Já nos anos 1980, o objetivo da APS nesse estado, passa a ser a ampliação do acesso com a incorporação de outros segmentos da população nesse nível assistencial (BASTOS DE PAULA, 2015; MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Após a criação do SUS, o estado já possuía uma rede instalada de Centros de Saúde e, no início dos anos 1990, não ficou claro o modelo de APS a ser adotado pelo SUS, visto a pluralidade de experiências de APS no Brasil. É nesse momento, que a cidade de São Paulo é marcada por um retrocesso em relação à APS devido aos governos de Paulo Maluf e Celso Pitta, à frente da prefeitura municipal entre os anos de 1993-2000. Esse período coincidiu com a municipalização dos serviços de APS, o que levou ao processo de descentralização da saúde e permitiu uma releitura local das propostas do executivo federal e estadual. Dessa forma, há a implantação em 1996 do Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (PAS), por decisão política de Paulo Maluf, plano que teve como pressuposto a “falência estatal” na produção dos serviços de saúde com vistas a apoiar os interesses privados no campo da saúde (ELIAS, 1999).

O PAS foi um desastre absoluto para a consolidação da APS e da ESF na cidade de São Paulo. Com base neoliberal, estabelecia parcerias com cooperativas privadas que recebiam recursos públicos e ofereciam serviços privados de saúde e controlavam hospitais e unidades básicas de saúde do município (BASTOS DE PAULA, 2015). Nessa mesma direção da capital, no final dos anos 1990 o estado de São Paulo adotou uma figura jurídica denominada de organização social no âmbito das medidas de gestão estratégica e modernização do serviço público, com base em um programa de privatizações (IBAÑEZ et al., 2001).

É nesse período que no Brasil, se difunde a ESF por dezenas de cidades do Nordeste, de Minas, e nas periferias de capitais como Porto Alegre, Recife e São Luís, atestando resultados positivos como a redução à metade do índice de mortalidade infantil, redução de internações hospitalares por desidratação, aumento da adesão ao tratamento prescrito para pacientes com hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase. No entanto, a ESF, ainda continuava a ser vista apenas como mais um programa, limitado, bom para os pobres e pobre como eles (CAPISTRANO FILHO, 1999).

O PSF desembarcou, em São Paulo, no distrito de Itaquera, em 1996, já como fruto de um convênio/privatização que reuniu o Ministério da Saúde (então dirigido pelo professor Adib Jatene), a secretaria estadual de saúde e o hospital Santa Marcelina. A direção do distrito de Itaquera intuiu que a batalha em São Paulo seria travada no terreno da qualidade da atenção e nomeou-se Qualidade Integral à Saúde (Qualis). Em 1997, há expansão do Qualis para novas áreas da cidade, sendo celebrado acordo com a

Fundação E.J. Zerbini, designada gerenciadora do programa, que foi implantado nos distritos vulneráveis de Vila Nova Cachoeirinha, Vila Brasilândia, Freguesia do Ó, Parque São Lucas e Sapopemba (CAPISTRANO FILHO, 1999).

As experiências do Qualis/PSF foram um avanço em relação ao PAS, entretanto, esse modelo não rompeu com os contratos com organizações privadas, condição para o estabelecimento de muitos dos projetos associados à ESF. Atualmente, a modalidade de gestão privada por meio de organizações sociais abrange uma fatia considerável da APS no estado de São Paulo, onde coexistem em seus municípios modelos de ESF, Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde Escola. Esse modelo de privatização, vem enfrentando resistência dos movimentos sociais, que reivindicam uma saúde universal, pública e de qualidade como ordena e preconiza o SUS (BASTOS DE PAULA, 2015).

Essa conjuntura de privatizações apresenta-se como uma radical mudança no papel desempenhado pelo Estado na prestação de serviços de saúde, no desenho e na composição de seus serviços (CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2006). Dessa forma, a compreensão da política de saúde de APS no estado de São Paulo possibilitou um melhor entendimento do campo empírico dessa pesquisa, tendo em vista que o processo de privatização na saúde gera tensionamentos e influencia a formação dos profissionais de saúde e a articulação dos serviços com as Instituições de Ensino Superior.

1.2 INFLUÊNCIAS PARA A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

De uma maneira geral, é necessário compreender o contexto histórico que nos leva a pensar sobre a formação graduada de profissionais que atuam no setor saúde. Assim, iniciaremos esse percurso, apresentando o que temos carregado em nosso imaginário sobre a formação em saúde, o que vem, principalmente, do início do século XX, com a formulação de uma pedagogia para a educação médica e da saúde: o modelo flexneriano (CECCIM, 2014).

Esse modelo foi formulado em decorrência das críticas aos currículos médicos de escolas americanas, por Abraham Flexner em 1910, que normatizou por meio do Relatório Flexner, as bases do ensino médico calcado no método científico. As principais propostas eram a introdução do ensino laboratorial; o estímulo à docência integral; o ensino clínico, especialmente em hospitais e o estímulo à especialização médica (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

Segundo Conterno (2013), que estudou em sua tese de doutorado, *Os Pressupostos Pedagógicos das Atuais Propostas de Formação Superior em Saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos*, Abraham Flexner entendia a medicina enquanto ciência, que deveria possuir uma análise rigorosa da experiência, apoiada em fundamentos científicos, principalmente das ciências físicas, químicas e da biologia, e, ao mesmo tempo, livre de dogmatismos.

Os pressupostos pedagógicos de Flexner, até hoje são anunciados como inovadores, quais sejam: a aprendizagem ativa, o aprender a aprender, a atividade do aluno como eixo do processo de ensino aprendizagem (CONTERNO, 2013).

Essa mesma autora, ao analisar a obra de Flexner, indicou que suas propostas, contextualizadas ao seu tempo, trouxeram avanços, tais como: a organização da formação em bases científicas, sendo a universidade o espaço privilegiado para tal; o avanço nas pesquisas das especialidades, que contribuiu para a superação das deficiências teóricas e práticas no campo do diagnóstico e da terapêutica (CONTERNO, 2013).

Por outro lado, apesar de avanços desse paradigma, como no combate a doenças infecciosas que se tornaram passíveis de cura e prevenção por meio de vacinas e terapêuticas efetivas. Esse paradigma se tornou limitado para responder novos problemas de saúde (as doenças cardiovasculares; as neoplasias; os agravos em decorrência da violência; as doenças crônicas não transmissíveis). Esses novos problemas provocam a necessidade do desenvolvimento de métodos que permitam o cuidado contínuo à saúde, mais integral e resolutivo (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

Outra questão a ser destacada, nesse âmbito, refere-se à evidência de que a discussão e a proposição de pressupostos teóricos ou metodológicos para a formação em saúde são perpassadas pelas concepções dos modelos de cuidado à saúde, como foi o caso do movimento da Medicina Preventiva. Os pressupostos pedagógicos expressos por esse movimento passavam pela ideia da aprendizagem ativa, aprendizagem significativa, aprender a aprender e aprender fazendo. Essas ideias pedagógicas partiram de dois seminários sobre o ensino de medicina preventiva, realizados na década de 1950, no Chile e no México e organizados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (CONTERNO, 2013).

A expansão do preventivismo na América Latina foi incentivada pela Fundação Kellogg². Essa instituição, financiou diversos projetos de reorientação da formação em saúde e tem divulgado pressupostos teórico-metodológicos pautados internacionalmente e consensos que acabaram sendo incorporados às políticas e aos programas oficiais destinados à formação profissional do setor saúde no Brasil. A Kellogg difundiu a ideia da necessidade de mudança de paradigma na formação profissional em saúde e produziu consensos ao financiar projetos específicos ligados a universidades de destaque no Brasil, que buscassem reformas curriculares e que alterassem os pressupostos pedagógicos, no sentido de adesão às metodologias ativas (CONTERNO, 2013).

Dessa forma, houve no país, estratégias de reorientação da formação em saúde realizadas durante a década de 1970, quando ações de expansão e interiorização dos serviços de saúde começaram a se desenvolver. Já na década de 1980, um projeto financiado pela Fundação Kellogg e desenvolvido pela OPAS em parceria com o Ministério da Saúde, a Integração Docente-Assistencial (IDA) realizado entre os anos de 1985 e 1997, visava a articulação entre o ensino e os serviços de saúde, num contexto regionalizado e em todos os níveis de assistência (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012; ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

No Brasil, as experiências aconteceram com o fortalecimento dos departamentos de medicina preventiva, onde foram selecionadas as propostas lideradas pelas seguintes universidades: Universidade Federal de Brasília, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Estadual Paulista em Botucatu e Faculdade de Medicina de Marília. Medicina e Enfermagem foram profissões obrigatórias dentro do projeto: Uma Nova Iniciativa (UNI). Esse projeto tinha como principais objetivos: estimular e apoiar os movimentos de progressos sincrônicos na educação, na prestação de serviço de saúde e na comunidade e criar modelos passíveis de replicação, referentes a esses três pontos, compartilhados através de um mecanismo de rede entre os projetos componentes (KISIL, 1993).

A UNI foi financiada pela Fundação Kellogg, permaneceu entre 1991-1997, fruto da experiência e da avaliação crítica da IDA, foi elaborada com base em conceitos importantes da Saúde Coletiva e Saúde Pública latino-americanas, no esforço de

² O pioneiro da indústria de cereais, Will Keith Kellogg dos Estados Unidos, criou em 1930, a Fundação que tem o seu próprio nome. Nela introduziu uma filosofia de trabalho e valores como "aplicar os recursos para resolver os problemas das pessoas" e "ajudar as pessoas a se ajudarem a si mesmas". Desde o início de sua atuação na América Latina, em 1942, a Fundação tem na educação das profissões da saúde uma de suas prioridades programáticas, principalmente, em parceria com órgãos internacionais, a exemplo da OPAS e OMS e de cursos da área de saúde em diferentes países da região (KISIL, 1993).

compreender e trabalhar a organização dos serviços de saúde e a educação dos profissionais da saúde (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012; CHAVES; KISIL, 1999; CONTERNO, 2013).

Esse projeto tinha o intuito da mudança no ensino de graduação pela busca de cenários externos ao hospital e orientação para o cuidado de camadas populares da sociedade (CECCIM, 2014). Os Projetos UNI incorporaram as dimensões da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, bem como a integração ensino serviço que foi feita junto à população (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013). Além disso, o programa buscava a ampliação de práticas de autocuidado, em que indivíduos e famílias deveriam assumir tarefas de interesse da comunidade, o cuidado à saúde, bem como, a ampliação da APS (CONTERNO, 2013).

Esses aspectos, revelam os pressupostos pedagógicos assumidos e divulgados pelo Programa UNI, em que o processo de ensino-aprendizagem centrava-se nas experiências vivenciadas pelos estudantes, onde a aprendizagem ativa seria um dos principais fundamentos para a formação dos profissionais de saúde, assim como a aprendizagem baseada em problemas, aprendizagem centrada no aluno e currículo integrado. Em sua análise, Conterno (2013), coloca que não houve um esforço em revelar sob qual ponto de vista teórico estão alicerçados esses pressupostos pedagógicos.

Uma das influências encontradas por Conterno (2013), foi a do educador Paulo Freire, mas segundo essa autora,

As “lições” de Freire são diversas e seus pressupostos sobre a relação professor-aluno são importantes ao ato pedagógico, contudo, o foco das suas proposições estava na possibilidade dos educandos, que eram trabalhadores adultos que nunca havia passado por uma escola, atingirem a consciência política, de se reconhecerem enquanto sujeitos capazes de questionar as relações sociais de opressão. Portanto, a questão central dessa pedagogia não foi tratar da educação formal, do ensino superior e do papel clássico da escola (CONTERNO, 2013, p. 90).

Realizadas ressalvas quanto à implantação dos projetos IDA e UNI e em relação aos pressupostos pedagógicos de suas ideias para o campo da formação em saúde, percebemos que esses movimentos no âmbito da formação, possibilitaram que, em 1998, as Redes UNI e IDA passassem a ser denominadas de Rede UNIDA, expressando a compreensão de que era necessário ultrapassar o espaço de uma profissão, de um

departamento, instituindo-se o multiprofissionalismo, dando lugar aos usuários e ampliando a interação com o sistema de saúde (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Essas experiências, da Rede UNIDA, atravessaram a criação e o desenvolvimento inicial do SUS, delineado em 1990 pela Lei nº 8.080, que incluiu no campo de sua atuação a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013). A Rede UNIDA também influenciou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei Federal nº 9394/96 (BRASIL, 1996b), ao apontar orientações curriculares para ruptura dos currículos mínimos, por considerar que esses eram rígidos. Assim, a Rede UNIDA, produziu um documento chamado: “*contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde*”. Segundo Conterno (2013), esse documento pode ser considerado um elemento estruturante das Diretrizes Curriculares Nacionais da área da Saúde, em que são apresentadas diretrizes gerais para educação dos profissionais e as competências e habilidades gerais, que tais profissionais deveriam ser capazes de desenvolver.

Nesse quadro, na década de 1990, percebemos a interferência da Rede UNIDA nas experiências do ensino de graduação, pesquisa e desenvolvimento profissional no contexto da ESF e da APS, estas compõem a interação com a comunidade, mediada pelos serviços de saúde. No entanto, percebe-se, muitas vezes, uma orientação à APS ou às necessidades sociais de setores excluídos, de caráter higienista, como se ela, por si só, cumprisse o dever ético de novos modos de cuidar das pessoas como também de melhor formação aos profissionais de saúde (CECCIM, 2014).

Refletir sobre o cuidado integral e longitudinal baseado nas necessidades de pessoas, faz-nos pensar que a orientação da formação de profissionais que atuam no setor saúde na APS é coerente com a perspectiva de mudança do modelo assistencial hegemônico: de hospitalocêntrico para um modelo que tenha a integralidade do cuidado como seu centro, onde a formação seja realizada na diversidade de cenários que compõem o contexto de cuidado à saúde de toda a população. Todavia, também é necessário compreender que a formação em saúde, não é o único desafio que temos para a efetivação do cuidado integral na APS e no SUS, como um todo.

1.3 POLÍTICAS INDUTORAS PARA O CAMPO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Ao realizarmos uma síntese sobre as influências, no século XX, de reorientação da formação em saúde ficou evidente, que no Brasil, a Rede UNIDA se construiu como articuladora das mudanças da formação em saúde, além de se tornar defensora e divulgadora de consensos teórico-metodológicos que se nomearam nas Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em saúde. Assim, dando continuidade ao movimento dessas mudanças, a entidade, já em 2002, passou a apoiar o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (PROMED), criado pelo Ministério da Saúde em 2001 (CONTERNO, 2013).

O PROMED foi um programa que representou a iniciativa institucional de reorientação da formação médica e apoiou financeiramente os planos de mudanças curriculares aprovados em processo seletivo de editais específicos, que buscavam o enfoque nas necessidades de saúde da população e do SUS (CONTERNO, 2013; CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

O movimento produzido pela Rede UNIDA e o PROMED, tornou-se divulgador da ideia de que a solução dos problemas de saúde da população passaria mais pela inovação da formação dos profissionais, que atuam na área da saúde, minimizando o fato de que os problemas de saúde da população não são exclusivamente consequências da má formação desses profissionais, visto que, não será suficiente um profissional bem qualificado se não houver uma estrutura e um sistema de saúde que proporcionem uma atuação qualificada (CONTERNO, 2013).

Já em relação ao campo institucional, foi criada, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Essa secretaria manteve os recursos financeiros do PROMED e propôs mudanças para os cursos da área de saúde, como o programa Aprender SUS, que não teve ampla adesão, e nesse sentido foi criado o Programa de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

No cenário de mudanças provocadas pelo PROMED e pela SGTES, estava colocada a necessidade de diálogo com interlocutores das associações de ensino das áreas profissionais da saúde, o que possibilitou a criação, em 2004, do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS) com o apoio do Ministério da Saúde. Esse Fórum é composto por entidades e atores singulares do processo de

mudança na formação de profissionais de saúde no Brasil (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

Com o apoio da SGTES, em 2005, o PROMED foi ampliado com o lançamento do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) pela extensão do incentivo financeiro para as escolas de enfermagem e odontologia, concentrando as ações no âmbito da APS, visto sua inserção na Saúde da Família (BRASIL, 2005). Logo depois, por meio do Pró-Saúde II, o mesmo incentivo financeiro pode ser acessado pelas demais áreas profissionais da saúde que se submeteram ao edital. Tanto o Pró-Saúde I como o II, foram programas alicerçados e realizados em uma parceria entre o Ministério da Saúde, a OPAS, a Organização Mundial de Saúde e a Rede UNIDA (CONTERNO, 2013).

Já em 2010, é instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – o PET – Saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 421/2010 (BRASIL, 2010). Essa iniciativa prima pela educação, pelo trabalho e se constitui como uma das estratégias dos Ministérios da Saúde e Educação para a reorientação da formação no país (BRASIL, 2010; CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

Todas essas iniciativas integram as políticas indutoras da formação em saúde, induções de mudanças na formação graduada dos profissionais que atuam na saúde, principalmente, com mudanças nas metodologias de ensino, com a ideia de que a aprendizagem tutorial fora do espaço universitário, inserida, de preferência na APS, qualificaria a assistência e a formação dos profissionais da área (CONTERNO, 2013).

Dessa forma, além da emergência de políticas indutoras atuais e com os desafios históricos da formação em saúde, houve uma produção de conhecimentos, que se beneficiou dos subsídios teórico-práticos dos estudos na educação, que se fundamentam em estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse aspecto, é necessária atenção no que se refere aos vários pressupostos pedagógicos utilizados nas políticas indutoras e no discurso do movimento de reorientação da formação profissional, visto que, é importante distinguir e explicar os seus princípios pedagógicos e suas origens históricas, além da não generalização de que essas são as únicas possibilidades de promover uma formação mais qualificada e crítica em saúde (CONTERNO, 2013).

Além disso, as políticas indutoras, na perspectiva de Almeida Filho (2013) ainda não assumiram uma proposta precisa de um marco teórico, que demanda modelos de formação profissional com densidade científica, objetividade prática, respeito à subjetividade e responsabilidade social. Outros fatores que estão associados a essa problemática são: a heterogeneidade de comunidades e regiões no país; as escolas e serviços de saúde também são heterogêneos (podem ser públicas ou privadas), voltadas para públicos alvo de diferentes poderes aquisitivos; assim como a constituição do corpo docente (muitos são especialistas e não têm conhecimento suficiente sobre as políticas sociais e os sistemas de saúde) (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

Nesse sentido, é importante refletir sobre as reais mudanças causadas pela indução de políticas públicas com interferência direta no modelo educacional, já que a formação voltada para APS deve estabelecer uma comunicação, não higienista, com a comunidade da qual faz parte, inserindo docentes, estudantes e práticas nos serviços públicos de saúde e na comunidade (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

Convém destacar também, que a integração ensino, serviços de saúde e população, foi objeto de investigação recente de revisão integrativa da literatura, onde Kuabara et al. (2014) identificaram que a trajetória da integração ensino-serviço vem sendo construída ao longo dos anos permeada por experiências exitosas, com contribuições significativas, tanto para a academia, como para o serviço e para a comunidade. Porém, se por um lado os estudos evidenciam importantes avanços na integração ensino-serviço, também se revelam dificuldades, que incluem a distinta apropriação de referenciais epistemológicos, a falta de priorização dessa estratégia pela gestão e organização de ambos os cenários, além dos conflitos existentes nas relações de poder dos distintos atores e predominância de interesses hegemônicos. Dessa forma, a academia parece visualizar o serviço de saúde como um local de prática para o estudante, com pouco vislumbre à transformação dos processos de atenção à saúde.

Visto os desafios, Conterno (2013), defende o aprofundamento de discussões sobre a formação em saúde e as induções dos órgãos governamentais,

Uma vez que parece haver um consenso de que metodologias ativas, respaldadas no não diretivismo pedagógico, poderão responder de forma progressista aos problemas de formação superior dos profissionais da área da saúde. Na falta do debate, há a incorporação e a adesão incontestes a tais orientações, sem uma avaliação mais radical sobre os desdobramentos políticos e pedagógicos para a formação de futuros profissionais de saúde (CONTERNO, 2013, p. 152).

Diante do contexto apresentado, o Pró-Saúde e as demais políticas citadas anteriormente, são programas que compõem a política de educação superior na saúde adotadas atualmente com vistas à reorientação do ensino superior no Brasil e que, apresentam, em alguma medida, rebatimentos para os cursos de graduação, o que não é diferente para a terapia ocupacional (PAN, 2014). Assim, vale destacar que nesta pesquisa, estivemos atentos para não descrever pressupostos pedagógicos sem a devida reflexão sobre os aspectos teóricos que os embasam para que esses não venham a produzir efeitos danosos a qualquer processo de formação investigado.

1.4 CAMINHOS DA FORMAÇÃO GRADUADA EM TERAPIA OCUPACIONAL

Com o intuito de conhecer os caminhos que envolvem a formação em terapia ocupacional, foi realizado pelo pesquisador um estudo bibliográfico sobre os seus processos de constituição enquanto um campo de conhecimento, de ensino e de práticas, o que possibilita compreender os caminhos da formação graduada de terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS.

No final do século XIX, o desenvolvimento das forças produtivas, a fragmentação do conhecimento em decorrência do positivismo, a divisão do trabalho e da nova ordem mundial com o capitalismo em sua fase monopolista determinaram novas necessidades sociais, que passaram a exigir profissionais qualificados para o seu funcionamento. Nesse contexto, surgem diversas profissões, de modo que a terapia ocupacional vai emergir no início do século XX como resultado desse processo de especialização do trabalho (CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008).

Assim, a profissão não nasceu de terapeutas ocupacionais. Não surgiu de um objeto de estudo determinado, que lhe desse o estatuto de ciência específica. Ao contrário, ela é originalmente uma aplicação, um recurso, um instrumento de ato médico, fruto da especialização do trabalho (MEDEIROS, 2003).

Segundo Schwartz (2005), no início do século XX, os fundadores da terapia ocupacional compartilhavam diferentes visões de práticas, dependendo de suas formações particulares que foram pautadas pelas experiências de William R. Dunton (psiquiatra); Herbert J. Hall (médico); Eleanor C. Seagle (trabalhava como assistente social); Susan Johnson (professora de arte e artesanato); Thomas Kidner e George Barton (arquitetos) e Susan Tracey (enfermeira).

Esse caráter de prática multiprofissional na sua fundação, ampliou-se para diferentes áreas de atuação por meio de técnicas e teorias de cada especialidade da terapia ocupacional (MEDEIROS, 2003). Essa diversidade de métodos, técnicas, objetivos e concepções, provoca muitas vezes, o seu não reconhecimento entre os próprios profissionais (FERIOTTI, 2013).

Sobre essa dificuldade na “identidade” da profissão, faz-se necessário entender que o surgimento da profissão advém de diferentes práticas, da especialização do trabalho e da transição da terapia pelo trabalho (ergoterapia) para a terapia ocupacional que ocorreu nos Estados Unidos da América (EUA) após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Somam-se a esses fatores as pressões sociais de veteranos de guerra por autonomia financeira e reconhecimento social e, ainda, para a entrada de “incapacitados” no mercado de trabalho, na fase de expansão econômica (SOARES, 2007).

Dessa forma, o estabelecimento institucional da profissão de terapia ocupacional acontece em 1917, nos EUA, com cursos regulares de formação de terapeutas ocupacionais e de práticas em diferentes campos de especialidades médicas. Esses cursos nasceram em decorrência de um tipo de prática terapêutica (abordagem por uso do trabalho - Tratamento Moral do século XVIII), inicialmente aplicada à saúde mental, mas cujos princípios se estendem para o cuidado de pessoas com deficiência (MEDEIROS, 2003).

Esses cursos e práticas de terapia ocupacional eram conduzidos e supervisionados por médicos com auxílio de enfermeiras e assistentes sociais, que, muitas vezes, acabaram tornando-se terapeutas ocupacionais (LOPES, 1991).

Os cursos iniciados em 1917 foram seguidos da organização da categoria pela Sociedade Nacional para Promoção da Terapia Ocupacional (atualmente, Associação Americana de Terapia Ocupacional-AOTA). Esse processo teve também a aprovação do padrão mínimo de formação em 1921, revisado em 1932, além da criação do registro profissional (SOARES, 2007).

Após os primeiros anos de existência da profissão nos EUA, a crise econômica dos anos 1930 repercutiu nas políticas sociais e nas condições de vida da sociedade americana. Houve a redução de empregos como um todo e de postos de trabalho para os recentes terapeutas ocupacionais e, segundo De Carlo e Bartalotti (2001), essa crise provocou a quase extinção dos programas de recuperação de incapacitados. No entanto,

nessa época foi aprovado um padrão de formação para escolas de terapia ocupacional e, em 1938, quatro escolas foram reconhecidas (SOARES, 2007).

Com a Segunda Guerra Mundial abriu-se novamente as possibilidades de incorporação ao mercado para os terapeutas ocupacionais, à medida que eram retomados os programas de reabilitação profissional, surgindo a necessidade da atuação profissional em hospitais civis e militares (CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008).

Durante as décadas de 1940 a 1960, a terapia ocupacional foi fortemente influenciada pelo Movimento Internacional de Reabilitação, nascido da necessidade da população de países centrais por atendimentos, em especial na área das disfunções físicas (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). Movimento desencadeado pelos países envolvidos nas duas guerras mundiais, que levou ao aumento do contingente de pessoas com deficiência na população civil e nas forças armadas (SOARES, 2007).

Essa foi uma grande influência do Movimento Internacional de Reabilitação, que incluía diversas agências, organizações, entidades profissionais e movimentos internacionais, tais como: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO); Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização das Nações Unidas (ONU), Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais³, Federação Mundial de Veteranos entre outras (SOARES, 1991).

Nessa época, no Brasil, antes e durante a influência marcante do Movimento Internacional de Reabilitação, havia uma demanda crescente das entidades e serviços de reabilitação. Assim, foram sendo construídos cursos de formação em terapia ocupacional e fisioterapia⁴, substituindo o treinamento em serviço (como realizado pelo SESI em São Paulo e por alguns hospitais no Rio de Janeiro) (SOARES, 1991). Outros cursos também foram efetivados, como foi o desenvolvimento de Cursos Elementares de Terapêutica Ocupacional, ministrados por Nise da Silveira (SOARES, 1991; SILVEIRA, 1976).

Com a convicção de Nise da Silveira de que os monitores responsáveis pelas oficinas na Seção de Terapêutica Ocupacional do Hospital Psiquiátrico: Engenho de

³ A Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais foi criada em 1952, em Liverpool, na Inglaterra, em reunião entre representantes de associações da profissão dos países: EUA, Reino Unido (Inglaterra e Escócia), Canadá, África do Sul, Suécia, Nova Zelândia, Austrália, Israel, Índia e Dinamarca.

⁴ A história de institucionalização dessas duas profissões se entrecruza no início e continua até os dias de hoje, contando com o mesmo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). No entanto houve diferentes trajetórias e escopos que levaram essas profissões a existirem até os tempos atuais.

Dentro eram hábeis em seu ofício, mas que sem o conhecimento de psiquiatria e terapêutica ocupacional, eles teriam sempre maior interesse pelos trabalhos realizados do que pelos doentes, assim o melhor recurso seria esclarecê-los a fim de que saíssem da fase empírica da formação. Foram realizados quatro cursos, os três primeiros com o nome: Curso Elementar de Terapêutica Ocupacional, realizados em 1948, 1953 e 1961 e 1965 Curso Elementar de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação. Todos os cursos contavam com noções de Psicopatologia; Psiquiatria e de Terapêutica Ocupacional (SILVEIRA, 1976).

Sobre esses cursos, cabe o esclarecimento feito por Silveira (1976, p. 39) “não tivemos nem a intenção nem a pretensão de promover verdadeiros cursos de terapêutica ocupacional”. A autora justificou ao alegar que para isso já haviam regras internacionalmente convencionadas e que sua intenção foi promover cursos que correspondessem às necessidades daquele serviço em especial (SILVEIRA, 1976).

Nesse período, em 1956, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) instalou a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro sob o modelo curricular israelita, que, por sua vez, se baseava no modelo americano e formou fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais já em nível universitário (SOARES, 1991).

Por outro lado, na década de 1950 a ONU ficou responsável por desenvolver projetos de formação de profissionais para a reabilitação pelo mundo e enviou para América Latina, em 1951, uma comissão a fim estudar um local mais adequado para a instalação de um possível centro de reabilitação. A cidade escolhida foi São Paulo, mais especificamente o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC/USP), escolhido como centro latino-americano pelo fato de já existir um setor de recuperação no centro médico da Faculdade de Medicina e pelo fato do HC/USP ser um complexo hospitalar ligado a um centro universitário modelo e de renome internacional (SOARES, 1991).

Esse percurso levou em 1957, a que uma equipe da ONU instalasse no HC/USP o primeiro curso de formação de terapeutas ocupacionais com duração de doze meses (MEDEIROS, 2003). Esse processo é paralelo à criação do Centro Latino-Americano Instituto Nacional de Reabilitação (INAR) no HC/USP em 1956 e que mudou de nome para Instituto de Reabilitação (IR) no HC/USP em 1958 (SOARES, 1991).

Dessa maneira, o IR tinha duas finalidades: *a assistencial* - atendimento a pessoas com deficiência mediante programa de reabilitação e a de *ensino* - promovendo cursos regulares para a formação de profissionais em diferentes campos de reabilitação

(cursos técnicos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Órteses e Próteses) (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

O ensino dos técnicos funcionava na base da contrapartida, ou seja, para cada técnico estrangeiro havia um técnico local a ser preparado, que posteriormente assumia de forma autônoma o serviço (SOARES, 1991).

Ao observar a trajetória inicial das primeiras experiências de formação de terapeutas ocupacionais no Brasil, Medeiros (2003, p. 45) abordou que

A história da terapia ocupacional no Brasil sofreu, com a importação do curso de formação, uma descontinuidade no processo de sua efetivação. Isso leva a uma pergunta: seria a importação da formação profissional uma resposta às necessidades das condições de saúde no Brasil? (...) a questão da formação e do conhecimento do terapeuta ocupacional perpassa, além do embate epistemológico subjacente a todo conhecimento científico, um embate social, uma vez que sua existência se faz por e para uma intervenção social e, portanto, está carregada de valorações a respeito do homem, saúde/doença, sociedade, etc.

Medeiros (2003), mostra que a ênfase dos primeiros cursos criados, no Brasil, não foi em psiquiatria, como talvez se pudesse supor, pela história de assistência psiquiátrica por meio da ergoterapia e terapêutica ocupacional, mas sim em reabilitação física, sendo a concepção dominante a de uma profissão paramédica, onde o conteúdo curricular continha basicamente um conhecimento técnico-científico voltado para a reabilitação.

Devido a críticas ao modelo de formação de terapeutas ocupacionais, em 1963, foi aprovado o 1º Currículo mínimo por meio da Portaria nº 511, quando os cursos passaram a ser de nível universitário, com 3 anos de duração. Nesse período, há a criação da Associação Brasileira de TO (ATOBO), que realizou atividades entre 1964 e 1985. As profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional são reconhecidas como de nível superior pelo Decreto 938, de 1969; em 1971, a profissão é oficializada e, já em 1975, é criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) (SOARES, 1991; MEDEIROS, 2003).

Mesmo a fixação, em 1964, de um Currículo mínimo e o reconhecimento da profissão como de nível superior, não mudaram, as características de formação para técnicos, o que provocou a heterogeneidade dos cursos de formação, aliada à precária instalação de alguns cursos no país e com características voltadas para a reabilitação, o que favoreceu uma fraca identidade profissional (PALHARES, 1991).

Esses problemas, gerados pela manutenção durante quase 20 anos, desde 1964, do currículo mínimo, passaram a insatisfação com o sistema político e econômico do país e a alienação e neutralidade política nas práticas dos terapeutas ocupacionais, vistas como uma “ótima” adaptação dos pacientes à sociedade, pelo caráter técnico de suas práticas de reabilitação (DRUMMOND, 2007; PALHARES, 1991).

Esse processo contribuiu para a reformulação curricular, por meio da Resolução nº 4, em 12/01/1983. Esse novo currículo mínimo atingiu todos os cursos de terapia ocupacional do país e orientava uma formação de terapeutas ocupacionais para contemplar a prática profissional nos três níveis de atenção à saúde (PALHARES, 1991). Esse período foi marcado também pela organização das (os) docentes da área, visto que em 1986, aconteceu o 1º Encontro Nacional de Docentes de TO (ENDTO).

Em relação a esse aspecto, Nosella⁵ (1992), ao pensar a estruturação de um currículo profissional, formulou o binômio: especialista x político. O que significava isso?

Ao mesmo tempo que um profissional deve ser um especialista hábil, esta especialização deve ser imbricada numa concepção e num quê-fazer-político, inclusive porque se o profissional não aceitar esta dimensão política, de fato mesmo assim está assumindo uma determinada dimensão política [...]. Do outro lado se o profissional não for capaz, não for especialista em sua profissão, seu ser político torna-se oco [...] onde a própria política perde sentido (NOSELLA, 1992, p. 59)

Dessa forma, Nosella (1992) frisou que era preciso evitar a concepção que só se é um possível bom profissional sendo político, assim como é preciso evitar a ideia de ser um especialista puro sem assumir uma dimensão política. Essas discussões passaram as lutas políticas e os pressupostos teóricos sobre a formação de terapeutas ocupacionais, e ao nosso ver, continuam presentes na atualidade.

Nesse período, houve a inserção de docentes da área, terapeutas ocupacionais, em diferentes cursos de pós-graduação, o que trouxe a necessidade e a oportunidade da capacitação formal ser efetivada (EMMEL; LANCMAN, 1998). Segundo, Lancman (1998), essa inserção, passaria pela necessidade de produção simultânea do conhecimento teórico da profissão, da formação dos produtores desse conhecimento, da

⁵ Na época, Professor Titular do Departamento de Educação da UFSCar. A publicação de 1992 é a transcrição de sua palestra na Semana de Terapia Ocupacional da UFSCar em 1982 sobre a Formação Universitária x Prática Profissional, uma reflexão sobre formação de terapeutas ocupacionais e o papel desse profissional na sociedade.

reprodução desse saber em práticas de ensino e em práticas clínico/assistenciais e, ainda, para fazer reconhecida a profissão no mercado de trabalho. No entanto, ainda em 1996, 75,2% dos docentes de Terapia Ocupacional não possuíam títulos de mestrado e/ou doutorado (EMMEL; LANCMAN, 1998).

Na década de 1990, acontecem as discussões sobre legislações em torno da formação e da avaliação da educação superior brasileira. Essas discussões, são decorrentes, principalmente, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional LDBEN (BRASIL, 1996b), essa lei ratificou o encerramento dos Currículos mínimos para os cursos de nível superior no Brasil e instituiu a flexibilização curricular.

Quanto à avaliação da educação superior brasileira, em 1993, foi criado o "Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras" (PAUIB), que começou como um processo que iria instituir a avaliação como política regulatória na educação superior brasileira. Mas, mesmo o documento do PAUIB defendendo a ideia de que toda avaliação seria institucional fez-se a opção de iniciar o processo de avaliação pelo ensino de graduação. Na concepção desse programa, avaliar consistiria em pesquisar a instituição para detectar pontos a serem melhorados ou mantidos (BARREYRO; ROTHEN, 2008). Nesse sentido, esse processo impulsionou a criação de comissões de especialistas em ensino para contribuir com o paradigma e formulação das diretrizes curriculares nacionais, sendo as diretrizes de terapia ocupacional, oficializadas em 2002.

Em 1995 foi criada a Comissão de Especialistas de Ensino em Terapia Ocupacional e Fisioterapia, ligada à Secretaria de Ensino Superior do Ministério de Educação. Em 1998, ocorre o desmembramento dessa comissão em duas, a de fisioterapia e a de terapia ocupacional (LANCMAN, 2012).

Já com as contribuições do I Seminário Nacional de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UFMG), foi discutido e elaborado um documento no II Seminário Nacional de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UFSCar/1995) e, sistematizado numa versão final pela Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (1995), que estabeleceu os padrões mínimos de qualidade para o funcionamento de cursos de graduação de terapia ocupacional do país. O objetivo desse documento era garantir um padrão básico de referência do qual os cursos deveriam se desenvolver, bem como técnico/profissional para a formação de terapeutas ocupacionais (LANCMAN; PESSOA; GALHEIGO, 1997).

Essa Comissão de Ensino foi responsável pela elaboração de diretrizes curriculares e de padrões mínimos para a abertura e funcionamento dos cursos de terapia ocupacional em âmbito nacional (LANCMAN, 2012).

A Comissão elaborou uma proposta com as particularidades profissionais e acadêmicas da terapia ocupacional para a formulação das diretrizes nacionais, mas o Conselho Nacional de Educação deu prioridade à formulação proposta pela Rede UNIDA (visto suas influências na reorientação da formação de profissionais que atuam na saúde). Mesmo assim, conseguiu-se incorporar ao texto final alguns pontos importantes para a formação do terapeuta ocupacional, incluindo aspectos que não se limitavam exclusivamente ao campo da saúde, já que a profissão atua em espaços de intervenção na educação e no campo social (PAN, 2014).

Dessa forma, a graduação de terapeutas ocupacionais ficou regulamentada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), em 2002, com a publicação da Resolução nº 6 (BRASIL, 2002). Essas Diretrizes, no seu Art. 3º, retrata o

Perfil do formando egresso/profissional, o Terapeuta Ocupacional, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado ao exercício profissional em todas as suas dimensões, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas de Terapia Ocupacional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual (BRASIL, 2002, p. 1).

As diretrizes curriculares de 2002 vêm norteando revisões e adequações nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de terapia ocupacional, o que vem implicando, de maneira recente, em mudanças para a formação dos futuros profissionais. No entanto, essas transformações passam pelas necessidades de reformulações dos referenciais teóricos e metodológicos, dos currículos e dos espaços onde ocorrem a integração ensino-serviço para a formação (PIMENTEL; OLIVER; UCHÔA FIGUEIREDO, 2011).

Na prática, essas mudanças vêm encontrando desafios, devido à história da formação profissional ser realizada em espaços de reabilitação (média complexidade); às singularidades dos serviços em obedecer uma lógica assistencial e não necessariamente estarem envolvidos com a ordenação da formação dos profissionais. Além disso, na terapia ocupacional, ocorrem dificuldades quanto à definição de seu

caráter generalista, visto que, esse não seria apenas um generalista do campo da saúde, mas um generalista capaz de atuar em diferentes campos, como nos contextos sociais, na educação, no trabalho e geração de renda e na cultura (PAN, 2014).

Outros aspectos são relevantes para a formação de terapeutas ocupacionais, como a criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), que passou a sistematizar a avaliação e reconhecimento dos cursos de terapia ocupacional. Porém, esse processo é interrompido, em parte, no ano de 2013, quando os alunos de terapia ocupacional são impossibilitados de realizar o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), devido à regra do INEP, de apenas aplicar esse exame para cursos que possuíssem o número de 2000 egressos por ano. Isso fez com que os docentes por meio da representação da RENETO⁶, elaborassem um pedido ao MEC para participarem da construção de uma outra proposta de avaliação, processo que se encontra em andamento.

Por outro lado, convém destacar, que o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) provocou um aumento significativo do número de cursos de terapia ocupacional, públicos. Nesse período, também tivemos a criação do curso de Mestrado (2010) e Doutorado (2015) em terapia ocupacional pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO/UFSCar), a criação da pós-graduação *stricto sensu* específica na área era um objetivo das lutas dos docentes e dos pesquisadores de terapia ocupacional do país e, em especial da UFSCar.

No momento mais recente, em 2014, foi realizado o III Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional (III SNPTO), na Universidade Federal da Paraíba. Esse Seminário antecedeu o XIV Encontro Nacional de Docentes em Terapia Ocupacional (XIV ENDTO), evento que é realizado a cada dois anos, desde 1986, e representa o trabalho e o envolvimento das (os) docentes em torno da discussão sobre a formação. Entre os 10 grupos de trabalho do III SNPTO, o GT4 - *Formação Profissional e Educação Permanente em Terapia Ocupacional* discutiu, entre outras questões, a preocupação de alguns cursos de graduação devido à baixa demanda de alunos e o risco de encerramento de suas atividades, uma realidade do ensino privado, que sofre a sobrecarga de docentes em várias frentes de trabalho, o que dificulta seu

⁶ A Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO), criada em 2005, tem como objetivo principal atuar para o desenvolvimento e o aprimoramento do ensino e da pesquisa em terapia ocupacional no Brasil.

envolvimento na pesquisa e na reflexão sobre a formação. Foi discutida também a escassez de pesquisas sobre formação de terapeutas ocupacionais (OLIVER et al., 2014).

Vários alunos egressos do mestrado em terapia ocupacional já são docentes em cursos públicos e privados em diversas instituições de ensino do país, essa conquista tem possibilitado e possibilitará, em um futuro próximo, maior compreensão dos objetos de estudo da terapia ocupacional, assim como seus paradigmas, modelos, métodos e abordagens na formação de novos profissionais e para o desenvolvimento científico desse campo de conhecimento.

Desse modo, após a compreensão desses aspectos históricos e contemporâneos, apresentaremos a principal problemática que envolve essa pesquisa – *A Formação Graduada de Terapeutas Ocupacionais para o Cuidado na APS no Estado de São Paulo*.

1.4.1 CAMINHOS DA FORMAÇÃO E DA PRÁTICA EM TERAPIA OCUPACIONAL NA APS

A terapia ocupacional recobre um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, em educação e na esfera social, devendo desenvolver metodologias adequadas à ação territorial e comunitária (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007, p. 355).

Esse fragmento, retrata uma outra perspectiva para a terapia ocupacional interligada, principalmente, à noção de território, que chega aos terapeutas ocupacionais brasileiros, desde o início dos anos 1980, por vários caminhos, que remetem aos processos de desinstitucionalização, e que possibilitaram o desenvolvimento de uma prática inovadora na terapia ocupacional, marcada pelo princípio de responsabilidade territorial na assistência que envolve, entre outros aspectos, a valorização e a relevância de que a pessoa seja percebida como sujeito de direitos, de saber e de desejos (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007).

Ao compreender os caminhos históricos, identificamos que proposições da terapia ocupacional no trabalho comunitário não são fatores recentes. Elas surgiram no bojo da incorporação da ação comunitária a suas práticas, no final dos anos 1970, no entanto, isso ocorria de forma esporádica e sem sistematização (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007).

No final dos anos 1970, identificamos a presença da terapeuta ocupacional, Edmara Rodrigues, graduada em 1978, pela USP/capital, como profissional da equipe de saúde mental do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSEB). O CSEB é uma unidade docente-assistencial da Faculdade de Medicina da USP/capital, sob a responsabilidade dos departamentos de Medicina Preventiva, Pediatria, Clínica Médica e Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. O CSEB, desde 1977, tem contribuído para o desenvolvimento das práticas de APS no Brasil, especialmente por meio de suas atividades de formação e pesquisa em serviço (CSEB-USP/Capital, 2015).

Mesmo com a presença da terapia ocupacional na ação comunitária e na APS sendo mencionada, desde do final dos anos 1970, há registros escritos dessas experiências apenas a partir dos anos 1990, quando terapeutas ocupacionais passaram a fazer parte de equipes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em diferentes municípios, como São Paulo/SP, Belo Horizonte/MG, Camaragibe/PE, Sobral/CE, conforme apontam Rocha e Souza (2011). Nessas experiências em UBS, o terapeuta ocupacional

exerceu, principalmente, ações de cuidado junto a pessoas com deficiência ou em sofrimento psíquico, com influências dos Movimentos da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), da Reabilitação Psicossocial, da Epidemiologia, da Antropologia e da Saúde Coletiva (BASSI, 2012; CALDEIRA, 2009).

Quanto à formação de terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS, a reforma do currículo mínimo de 1983 promoveu a dilatação da abrangência da formação e consequente atuação nos três níveis de cuidado à saúde, assim, há nesse percurso, um maior desenvolvimento das aproximações da terapia ocupacional com a APS (BASSI, 2012; SOARES, 1991).

Para delinear as competências do terapeuta ocupacional no campo da APS faremos o resgate de uma importante experiência que demarcou a inserção do trabalho desse profissional na APS. Essa experiência remete à incorporação das ações de terapia ocupacional na Programa de Saúde da Família (PSF), em um dos projetos Qualidade Integral à Saúde (Qualis/PSF), no município de São Paulo, no período de 2000 a 2006. O foco das ações era o trabalho em equipe e a atenção específica junto a pessoas com deficiência na APS (ANTUNES; ROCHA, 2011).

Nessa experiência o terapeuta ocupacional realizou ações de estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com déficit no desenvolvimento ou com alguma deficiência, intervenções utilizando-se de movimentação corporal passiva e ativa, de alongamentos, de adaptações nos instrumentos dos usuários para realização de Atividades de Vida Diária e da Vida Prática, para uso de tecnologia assistiva em processos de inclusão escolar e social, de facilitação da independência e da autonomia, de mobilização de recursos e constituição de redes de apoio e organização do cotidiano para melhoria na qualidade de vida. Além de realizar discussões sobre a deficiência e direitos com usuários, equipes e coordenadores, ações intersetoriais, acompanhamento e suporte das famílias que procuravam objetivar aspectos inerentes à integralidade do cuidado (ANTUNES; ROCHA, 2011).

Ainda nessa experiência de terapia ocupacional na APS, os profissionais e usuários da ESF afirmaram que o terapeuta ocupacional, contribuiu para ampliar a visão das equipes acerca dos processos de saúde-doença, independência, autonomia, direitos, inclusão e contribuiu para uma visão menos reducionista em relação a essas temáticas (ANTUNES; ROCHA, 2011).

Além disso, o fato de a ESF estar fundamentada em pressupostos de que a saúde deve ser desenvolvida dentro do contexto territorial e comunitário, onde aquela população vive o seu cotidiano e que o cuidado à saúde deve atingir suas relações (familiares, amigos, espaços de circulação, etc) permite que as ações junto às populações tradicionalmente atendidas pela terapia ocupacional (pessoas com deficiência, em sofrimento psíquico, em vulnerabilidade social) tenham uma área de alcance muito interessante (OLIVEIRA, 2008).

Visto as contribuições da terapia ocupacional para APS, e que essa possibilita ações próximas do cotidiano da população, entendemos que os processos de formação de futuros profissionais da área devam ser investigados e discutidos, levando em consideração a *alta complexidade tecnológica* necessária ao cuidado em saúde na APS, como dito por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1994).

Nesse âmbito, a publicação das diretrizes curriculares de terapia ocupacional em 2002, apontou para a necessidade de uma formação geral e específica de profissionais para serem aptos a trabalhar em diferentes contextos, segundo as realidades locais e em serviços de diferentes níveis de atenção, incluindo a APS, como possível cenário de formação, pesquisa e extensão para a área (OLIVER et al., 2012; BRASIL, 2002).

Diante disso, vêm ocorrendo transformações, em relação à formação de terapeutas ocupacionais para APS, em virtude das orientações no campo da saúde como um todo, particularmente ditadas pelos princípios e diretrizes do SUS, pelas diretrizes curriculares, pelos Programas Pró-Saúde, PET-Saúde, Ver-SUS e pela estruturação de Residências Uni e Multiprofissionais em saúde.

Mesmo com esse contexto de mudanças, temos que, na realidade, a maioria das (os) docentes de terapia ocupacional não teve uma formação voltada para o campo da APS, o que diminui a força de implementação para o campo. Além disso, a terapia ocupacional conta com uma incipiente inserção profissional nos serviços da APS, o que dificulta os processos de formação pela ausência do profissional e de pesquisas que investiguem as tecnologias e as abordagens do profissional nesse campo (OLIVER et al., 2012).

Dentro desse contexto, temos observado nos últimos anos que a formação, a inserção e as intervenções da terapia ocupacional vêm crescendo e se desenvolvendo no país em campos de práticas, principalmente, em serviços de ordem territorial e comunitária, com sua inserção: nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, Brasil (2008); nas equipes de Consultório na

Rua (CnR) - Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, Brasil (2012a) e de Atendimento Domiciliar (AD)/Programa Melhor em Casa - Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, Brasil (2013). Esses dispositivos contribuem para ampliação do escopo das ações e para a integralidade do cuidado da APS no Brasil, juntamente com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e toda rede de atenção à saúde (PIMENTEL; OLIVER; UCHÔA FIGUEIREDO, 2011; SILVA; MENTA, 2014).

Pela inserção recente do terapeuta ocupacional no NASF, CnR e AD, encontramos discussões da área em relação ao NASF, que provocam um aumento da inserção de profissionais na APS. No entanto, o terapeuta ocupacional foi incluído somente nas práticas de saúde mental desse dispositivo, o que demonstra a necessidade de discussão para alterações que incluam o profissional também nas ações de reabilitação (ROCHA; SOUZA, 2011). Além disso, esse campo está em ascensão e a profissão ainda figura como uma das profissões de tímida inserção na APS e no NASF (BASSI, 2012; SILVA; MENTA, 2014).

Esse contexto demonstra a necessidade de manter os esforços para reflexão sobre a prática do terapeuta ocupacional na APS e ampliar o número de profissionais nesse nível assistencial, a fim de atender às necessidades de pessoas que se encontram prejudicadas em sua inserção e participação nas diferentes esferas da vida (OLIVEIRA, 2008).

Além desses aspectos, houve o reconhecimento do COFFITO por meio da Resolução nº 407/2011, da especialidade profissional de Terapia Ocupacional em Saúde da Família (COFFITO, 2011).

Diante dessa conjuntura, a terapia ocupacional vai contribuir para a compreensão da complexidade dos problemas de saúde da população e, com seu instrumental teórico e metodológico, desenvolver estratégias de cuidado compatíveis com os desafios colocados pela atenção à saúde na APS, além de estar engajada nos movimentos que visam à institucionalização das articulações ensino-serviço para maior qualificação de seus profissionais (OLIVER et al., 2012).

Podemos contribuir, nos remetendo ao fazer humano, como uma expressão da construção do cotidiano. Esse fazer tem um caráter articulador entre o individual, o coletivo e a sociedade numa incansável possibilidade de promover inserção, participação e circulação social atrelada ao cuidado em saúde e à construção de direitos afetivos, relacionais, materiais, habitacionais, produtivos e culturais (OLIVEIRA, 2008).

Nesse sentido, a temática da APS vem ganhando destaque nas discussões da terapia ocupacional no país e suas ações na APS buscam a redução de incapacidades e deficiências, a melhora da qualidade de vida, a constituição das redes sociais de apoio e a eliminação de preconceitos, discriminações, vulnerabilidade e segregação (SOUZA et al., 2012).

Em relação à perspectiva de formação do terapeuta ocupacional para APS, Oliver et al. (2012) apontaram que o ensino de graduação nesse nível assistencial possibilita contato estreito de estudantes e docentes com as necessidades de saúde, processo saúde-doença e seus determinantes em cenários próximos da vida cotidiana das pessoas. Assim, a formação na APS pode ser um meio para promover a aprendizagem sobre a coordenação do cuidado em diferentes serviços (OLIVER; AOKI; CALDEIRA, 2013).

Além disso, Baissia e Maxta (2013) demonstram que a APS se constitui como um espaço de debate sobre a formação e os fundamentos da terapia ocupacional, sobre a produção de conhecimentos, que inovam a identidade, os objetivos e os objetos de cuidado realizado pelo terapeuta ocupacional.

Também em relação à formação voltada para a APS, Campos, Della Barba e Martinez (2013) ao descreverem em sua pesquisa o ponto de vista do docente, terapeuta ocupacional, apontaram em seus resultados, que a inserção prática precoce do discente na APS atesta, em parte, impactos positivos na formação, porém o foco na APS é uma postura recente em algumas IES e está em construção.

Bassi (2012) aborda que a inserção da terapia ocupacional na APS juntamente à institucionalização da política de APS possibilitará a construção de novos planos de cuidado e isso vai requerer reflexões teóricas para embasar as ações técnicas também no âmbito da formação de terapeutas ocupacionais. O que corrobora com as proposições de Caldeira (2009), quando atesta que as contribuições científicas, nesse campo, estão em construção, com pouco detalhamento sobre as atribuições ou papel desse profissional na APS e, ainda, essa autora considera que um dos determinantes para prática futura desse profissional na APS é sua formação e seu percurso profissional.

Dessa maneira, vemos a necessidade de estudar as demandas envolvidas no processo de avanço da formação do terapeuta ocupacional para APS. Portanto, com fundamento em todo o contexto apresentado, nos debruçamos sobre o objetivo desta pesquisa, que foi *descrever e analisar a formação graduada de terapeutas ocupacionais*

para o cuidado na Atenção Primária à Saúde em instituições de ensino superior do estado de São Paulo.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O encontro entre o pesquisador e os participantes em pesquisas é mediado pelos métodos escolhidos para a construção dos dados, o que ocupa lugar de destaque na atividade científica por permitir a compreensão do objeto de estudo com base nos diálogos e nas trocas sociais entre os envolvidos (TRIVIÑOS, 2012), visto que a relação dialógica vivida entre o pesquisador e os participantes é central para a interpretação dos fenômenos (GONÇALVES; MENASCHE, 2014).

Para a compreensão desses horizontes, há a necessidade de desenvolver um sentido crítico e uma sensibilidade ao que se investiga (GOMES; MARTIN; SILVEIRA, 2014). Para isso, lançamos mão da abordagem qualitativa, que ao orientar a presente pesquisa, busca, segundo a contextualização de fenômenos, a análise de múltiplas realidades também subjetivas produzidas pelas experiências dos participantes (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A contextualização é vista como princípio fundante da abordagem qualitativa porque enxerga os dados como construídos num determinado contexto e que esse deve ser considerado como consequente dos questionamentos em um local específico (KNAUTH; LEAL, 2014).

Além disso, esta pesquisa também possui um caráter exploratório-descritivo, o qual permite entender uma problemática recente e/ou pouco conhecida (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013), e estudar a característica e a opinião de um determinado grupo (GIL, 2010), nesse caso de pessoas envolvidas na formação de terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS, já que as contribuições com esse enfoque são recentes e contam com pouco detalhamento e sistematização.

Para promover o aperfeiçoamento da compreensão do objeto de pesquisa também compõem a construção dos dados desse estudo, os documentos (GIL, 2010), tais como: Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e ementas de disciplinas/módulos ou núcleos temáticos dos cursos participantes da pesquisa.

2.1 Participantes e locais da Pesquisa

Os participantes dessa pesquisa foram coordenadores, docentes e estudantes de cinco cursos de graduação públicos e quatro privados de terapia ocupacional do estado de São Paulo. O processo de construção dos dados foi realizado nas instituições de ensino dos participantes da pesquisa, por meio de acordo prévio com os coordenadores de cada curso.

Foi identificado no estado de São Paulo, segundo Palm (2012), o maior número de cursos de terapia ocupacional em funcionamento no Brasil. Para uma melhor compreensão desse atual campo, foram consultadas, duas fontes de informação: o Cadastro de Cursos do *e-MEC*, onde constam 25 cursos de terapia ocupacional no estado de São Paulo, sendo 22 ativos, dois inativos e um em extinção (BRASIL, 2015) e o levantamento realizado por Palm (2012) via Confederação Latino Americana de Terapeutas Ocupacionais (CLATO) que catalogou 16 cursos de graduação no estado.

Assim, com base nessas informações, foram realizados contatos telefônicos e por correio eletrônico, a partir dos retornos dados, foi identificado que no ano de 2015, estavam em funcionamento 14 cursos de terapia ocupacional no estado de São Paulo. Desses, cinco eram públicos e nove privados. Aceitaram participar da pesquisa, 10 cursos (cinco públicos e cinco privados). Porém, um curso privado, dentre esses, foi excluído do processo de análise da pesquisa, por identificarmos que a instituição não desenvolvia práticas de ensino no campo da APS.

Dos quatro cursos de graduação privados, que não compuseram a pesquisa, a coordenadora de um afirmou que o curso passava por uma avaliação institucional interna, e que dessa maneira estava impossibilitado de participar de qualquer pesquisa. Outra coordenadora deu a devolutiva, afirmando que a instituição não aceitava participar de pesquisas, que envolvessem a análise da formação, por terem tido problemas judiciais com outros estudos semelhantes. Os outros dois cursos de graduação por meio de seus coordenadores, estavam cientes, via correio eletrônico e contato telefônico, da realização da pesquisa e alegaram que dariam retorno sobre suas participações, mas até o prazo final estipulado no cronograma da pesquisa, dia 31 de maio de 2015, não deram retorno sobre sua participação.

Dessa forma, participaram da pesquisa 94 pessoas: sendo 8 coordenadoras; 17 docentes e 69 estudantes de último ano de 9 cursos de terapia ocupacional do estado de São Paulo.

2.2 Caracterização dos Participantes

Para caracterizar as coordenadoras e as docentes foram utilizadas informações das entrevistas realizadas. Após as sugestões de algumas participantes⁷, essas informações também foram adquiridas em seus *currículos na Plataforma Lattes*. No caso dos estudantes, as informações utilizadas para essa caracterização foram fruto do encontro nas Rodas de Conversa.

A identidade de todos os participantes da pesquisa foi preservada conforme estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e acordado entre o pesquisador e os participantes. Assim, para o lugar de seus nomes, foram escolhidos códigos numéricos.

Os *quadros 2, 3 e 4* caracterizam, respectivamente, as coordenadoras, as docentes e os estudantes:

Quadro 2 - Caracterização das Coordenadoras de cursos de Terapia Ocupacional

Participante	Idade	Formação	Pós-Graduação de maior nível	Tempo de IES/tempo na função de coordenadora
Coordenadora 1	50	TO -1986	Dra. ⁸ em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano – 2010	5 anos/6 meses
Coordenadora 2	33	TO – 2004	Dra. em Educação Especial – 2011	5 anos e 6 meses/ 1 ano e 3 meses
Coordenadora 3*	58	TO – 1979	Dra. em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano – 2001	31 anos/ não especificou
Coordenadora 4**	53	TO – 1983	Dra. em Engenharia de Produção – 2004	10 anos/ docente
Coordenadora 5	47	TO – 1990	Dra. em Educação - 2009	9 anos/2 anos
Coordenadora 6	34	TO – 2002	Esp. em Educação Inclusiva – 2006	9 anos/7 anos
Coordenadora 7	35	TO – 2001	Ms. em Engenharia Biomédica – 2003	9 anos/9 anos
Coordenadora 8	54	TO – 1982	Dra. em Educação - 2008	17 anos/6 anos

*Compõe a Comissão de Graduação do Curso.

** A partir da sugestão da atual coordenadora do curso (que ocupa a função recentemente), essa docente foi entrevistada por já ter sido coordenadora do curso.

⁷ São mulheres todas as participantes coordenadoras e docentes, assim, como a maioria de estudantes. A presença das mulheres na profissão é marcada historicamente e essas, como não poderia ser diferente, apresentam-se como maioria no exercício da prática de formação de terapeutas ocupacionais e como estudantes dessa área profissional.

⁸ Abreviaturas dos termos: Doutora (Dra.); Mestre (MS) e Especialista (Esp.).

Observação: O coordenador de um dos cursos participantes da pesquisa não foi entrevistado devido a um imprevisto que o impossibilitou de estar presente na data em que o pesquisador estava na sua instituição de ensino. No entanto, facilitou o contato com a docente responsável pelo ensino da APS e as estudantes de último ano desse curso.

Quadro 3 - Caracterização das Docentes responsáveis pelo ensino da APS

Participante	Idade	Formação	Pós-Graduação de maior nível	Tempo de IES/tempo que leciona e pesquisa conteúdos da APS
Docente 1	47	TO – 1988	Dra. em Medicina Preventiva – 2012	1 ano/8 meses
Docente 2	51	TO – 1986	Dra. em Psicologia – 2009	5 anos/5 anos
Docente 3	32	TO – 1999	Dra. em Saúde Coletiva – 2013	8 meses/8 meses
Docente 4	36	TO – 2001	Dra. em Saúde Pública – 2008	10 anos/10 anos
Docente 5	44	TO – 1997	Dra. em Saúde Coletiva – 2014	1 mês/ 1 mês
Docente 6	57	TO – 1979	Dra. em Psicologia Social - 1999	31 anos/ 16 anos
Docente 7	53	TO – 1985	Dra. em Saúde Coletiva - 2000	29 anos/29 anos
Docente 8	53	TO – 1983	Dra. em Engenharia de Produção - 2004	10 anos/8 anos
Docente 9	35	TO – 2001	Dra. em Educação – 2013	2 anos/2 anos
Docente 10	27	TO – 2008	Dra. em Educação Especial - 2015	1 ano e 6 meses/6 meses
Docente 11	32	TO – 2005	Esp. em Docência do Ensino Superior - 2009	6 anos/3 anos
Docente 12	37	TO – 2002	Esp. em Administração de Recursos Humanos - 2008	7 anos/6 meses
Docente 13	31	TO – 2007	Esp. em Tecnologia Assistiva - 2012	3 anos/3 anos
Docente 14	35	TO – 2002	Ms. em Psicologia da Saúde - 2011	2 anos e 6 meses/1 ano
Docente 15	53	TO – 1981	Dra. em Filosofia da Educação - 2012	17 anos/10 anos
Docente 16	29	TO – 2010	Ms. em Saúde Pública – 2013	1 ano/6 meses
Docente 17	57	TO - 1980	Dra. em Medicina (Saúde Mental) - 2000	13 anos/13 anos

Quadro 4 - Caracterização dos estudantes participantes das Rodas de Conversa (RC)

Composição dos Participantes das RC)		Média de Idade dos estudantes por RC	Período que estavam cursando
RC 1	7 mulheres 1 homem	23 anos	7º
RC 2	6 mulheres	23 anos	9º
RC 3	4 mulheres 2 homens	23 anos	8º
RC 4	8 mulheres	24 anos	10º
RC 5	7 mulheres 1 homem	21 anos	7º
RC 6	9 mulheres	26 anos	7º
RC 7	8 mulheres	24 anos	7º
RC 8	6 mulheres	23 anos	7º
RC 9	8 mulheres	23 anos	7º
TOTAL	69 estudantes	23 anos	

2.3 Instrumentos para a Construção dos Dados da Pesquisa

Para a construção dos dados da pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: Roteiro de Análise Documental (RAD) – Apêndice I; Roteiro de Entrevista com Coordenador (a) (REC) – Apêndice II; Roteiro de Entrevista com Docente responsável pelo ensino da APS (RED) – Apêndice III; Roteiro de Roda de Conversa (RRC) – Apêndice IV. Além disso, também compõem a construção desses dados, as anotações em Diário de Campo (DC) realizadas durante o processo da pesquisa.

Cabe salientar que a análise dos documentos permite compreensões valiosas do contexto explorado pelo pesquisador, essa análise buscou fazer a interface com as descrições dos eventos aos quais se refere, nesse caso, sobre a formação de terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS (MAY, 2004).

Já as entrevistas e as Rodas de Conversa promoveram uma forma de encontro entre o pesquisador e os participantes. Essa interação social é entendida como uma conversa orientada por um objetivo, sendo esse estabelecido pelo pesquisador (MANZINI, 2003).

De maneira específica, dentre as várias formas de entrevista, utilizamos nesta pesquisa a modalidade semi-estruturada, com a elaboração de um roteiro prévio, sendo esse um artefato que auxilia a organização da interação social no momento da entrevista e busca gerar e manter as conversações (MANZINI, 2003; MAY, 2004). Utilizamos também um Roteiro para Roda de Conversa, essa ferramenta apresenta características que fomentam a construção de um espaço democrático de participação (GOMES et al., 2008).

Os instrumentos foram desenvolvidos pelo próprio pesquisador que contou com a contribuição coletiva de sete juízas para a adequação do escopo dos roteiros, foram elas: cinco professoras do ensino superior (quatro doutoras e uma mestra) e duas terapeutas ocupacionais (mestras) que atuam na APS. Todas foram convidadas a participar de maneira voluntária e a seleção obedeceu à disponibilidade de contribuir na construção desses instrumentos e, por consequência, com a construção dos dados desta pesquisa.

O critério utilizado pelo pesquisador para a escolha das juízas, que contribuíram para adequação dos Roteiros de Construção dos Dados, foi o conhecimento sobre suas experiências no campo da pesquisa, ensino e prática profissional, relacionadas aos campos da APS, formação de profissionais de saúde e formação de terapeutas ocupacionais. A seguir, descrevemos de forma detalhada esses instrumentos.

A) Roteiro de Análise Documental (RAD)

O RAD possuiu a finalidade de conhecer os PPP e, se possível, as ementas de disciplinas/módulos ou núcleos temáticos dos cursos de terapia ocupacional que participaram do estudo, desde que, esses documentos fossem disponibilizados publicamente nos sítios virtuais institucionais ou disponibilizados pelos coordenadores e docentes participantes da pesquisa. Esse instrumento possibilitou obter informações sobre a inserção de conteúdos práticos e teóricos da APS. Foram investigados também o tempo de funcionamento do curso, a carga horária total, o período e a metodologia de ensino adotada nas atividades relacionadas ao ensino da APS.

B) Roteiro de Entrevista com Coordenador (a) (REC)

O REC, composto por oito questões norteadoras, permitiu conhecer as informações sobre o funcionamento dos cursos de Terapia Ocupacional por meio da trajetória do coordenador na gestão; o número médio de formandos por ano e de discentes do último ano e os docentes do curso envolvidos na formação para a APS. O contato por meio do REC permitiu uma melhor inserção no campo de pesquisa, a sensibilização do coordenador junto aos docentes e estudantes que participaram da pesquisa e a organização prévia dos encontros (horário e local) para realização das entrevistas e Rodas de Conversa. Além disso, favoreceu conhecer se a temática da APS é parte da agenda de discussões para reformulações curriculares, desenvolvimento de projetos de extensão e de pesquisas do curso.

C) Roteiro de Entrevista com Docente responsável pelo ensino da APS (RED)

O RED, formado por onze questionamentos norteadores, contribuiu para identificar a interface entre a trajetória de formação profissional do docente e a APS; a metodologia de ensino aprendizagem; as atividades de formação nos campos do ensino, pesquisa e extensão; os apoios oferecidos para a garantia da formação para a APS; os serviços e os equipamentos territoriais e comunitários, onde são desenvolvidas as atividades de formação prática, a modalidade de gestão dos serviços de APS do município, a dinâmica de acompanhamento dos estudantes no campo de prática da APS; o conceito de cuidado da APS e do cuidado realizado pelos terapeutas ocupacionais nesse nível assistencial; os desafios da formação voltada para APS e as mudanças e/ou ajustes para garantir uma melhor formação do terapeuta ocupacional para a APS.

D) Roteiro de Roda de Conversa (RRC)

A Roda de Conversa é um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, que servem para alimentar circuitos de troca sobre o vivido entre seus participantes (RAMOS et al., 2013).

O RRC possui dez perguntas norteadoras, buscou compreender por meio da interação entre os estudantes: os conceitos de Atenção Primária à Saúde (ou Atenção Básica à Saúde); as disciplinas, atividades e experiências desenvolvidas nos serviços da

APS durante a formação; os conceitos de estudantes sobre o cuidado de terapeutas ocupacionais na APS; a formação para APS, os desafios e as mudanças necessárias a fim de garantir uma melhor formação para esse campo.

Na Roda de Conversa quem conduz o processo é visto como facilitador participante de um diálogo, que por meio da vivência e dos saberes de cada um promove a problematização, em busca de informações para a reflexão (GOMES et al., 2008). Assim, o pesquisador principal foi o facilitador do grupo, que contou com a participação de um pesquisador auxiliar para organização de recursos técnicos e gravação das sessões, em quatro dos nove encontros. Esse pesquisador auxiliar era um profissional da área e foi familiarizado com o objeto de estudo e com os instrumentos de construção de dados da pesquisa.

E) Diário de Campo (DC)

O pesquisador por meio do DC buscou registrar momentos da pesquisa como também as características de seu desenvolvimento. Ele também serviu de registro para as percepções do pesquisador sobre sua integração com os participantes e o campo empírico. Essas anotações incitam a memória e contribuem para promover uma familiarização com o contexto vivido a partir dos eventos observados (MAY, 2004).

2.4 Procedimentos

A) Éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar), em conformidade com os princípios da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012b). A mesma teve Parecer Consubstanciado do CEP/UFSCar (Anexo I) favorável à sua realização, por meio do Protocolo: 990.200, no dia 14/04/2015.

É fundamental pensar na ética para além das instituições que avaliam os projetos de pesquisa e se posicionar considerando aqueles de natureza social, visto que a natureza desses estudos, demanda reflexões aprofundadas, discussões coletivas, realizadas por pesquisadores em diferentes campos de investigação. Segundo tais discussões, a ética encontra-se ligada ao senso e à consciência moral do pesquisador

(BARDI; MALFITANO, 2014; SCHMIDT, 2008). Dessa forma, é preciso escolher, viver e sentir um valor para que se tenha a possibilidade de construção da ideia de ética, seja pelos indivíduos ou pelas coletividades (SCHMIDT, 2008).

Os participantes do estudo foram informados previamente dos objetivos, métodos, benefícios e possíveis riscos de contribuir com a pesquisa. O pesquisador procurou criar, durante os encontros com os participantes, uma situação confortável e acolhedora. Além disso, foi garantida a confidencialidade e a possibilidade de interromper a participação em qualquer momento do estudo e foi realizada a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICES V, VI e VII coordenador, docente e estudante).

Como responsabilidade de retorno social e cordialidade junto aos cursos participantes da pesquisa será realizado contato por correio eletrônico com os coordenadores dos respectivos cursos, a fim de possibilitar a escolha de diferentes formas de devolutiva dessa pesquisa, a saber: a) envio da versão final do texto da dissertação; b) exposição dialogada do pesquisador de maneira presencial; c) outras formas de retorno baseadas em sugestões dos cursos. Além desse retorno, será enviado o convite, pelo correio eletrônico, para o exame de defesa da dissertação.

B) Procedimentos para a Construção dos Dados da Pesquisa

1º Passo) À espera de começar...

O caminho de espera foi iniciado, com o contato e a autorização prévia da participação na pesquisa dos cursos e o parecer favorável do CEP/UFSCar para a realização do estudo, que foi autorizado apenas após sete meses da submissão do projeto na Plataforma Brasil.

As coordenadoras foram contatadas via correio eletrônico e contato telefônico a fim de agendarmos suas entrevistas, assim como aquelas com as docentes e com relação aos estudantes do último ano dos cursos de terapia ocupacional dessas instituições de ensino, esses foram contatados por meio das docentes e coordenadores dos cursos e pelo convite presencial do pesquisador principal em cada um dos cursos de terapia ocupacional, o convite para a participação voluntária deu-se durante o período de aulas ou estágios profissionalizantes.

2º Passo) A entrada em campo e a realização das entrevistas e Rodas de Conversa. Entre viagens e encontros...

O pesquisador viajou por nove cidades de diferentes regiões do estado de São Paulo e conheceu o espaço institucional de todos os cursos participantes da pesquisa, o que permitiu encontros e vivências, que ficaram marcadas nas suas percepções e que também são partes integrantes dessa pesquisa.

A partir dos agendamentos, deu-se início a entrada em campo para construção dos dados da pesquisa junto com os participantes que foram esclarecidos sobre os seguintes aspectos: a) objetivo da pesquisa; b) sensibilização quanto à participação no estudo; c) procedimentos éticos e metodológicos para a coleta de dados do estudo.

Assim, após a leitura e assinatura do TCLE, as entrevistas foram registradas em gravador de voz (SONY, modelo PX440) para as participantes coordenadoras tivemos 1 hora e 40 minutos de duração de áudio, no total de oito entrevistas. Com as docentes, realizamos 17 entrevistas com duração total de 11 horas e 26 minutos.

Já as Rodas de Conversa foram registradas por meio do gravador de voz (SONY, modelo PX440) e imagens em câmera de vídeo (SONY, modelo DCR-SR88), totalizaram 10 horas e 34 minutos, de um total de nove Rodas de Conversa. Os estudantes receberam o certificado emitido pelos pesquisadores. Além disso, foi esclarecido junto a todos que os dados construídos seriam utilizados para fins científicos.

As transcrições foram revisadas, organizadas e armazenadas em banco de dados. Aquelas referentes a entrevistas com as coordenadoras e as docentes foram encaminhadas via correio eletrônico, a fim de possibilitar a análise de seus conteúdos e se necessário modificar algo que se julgasse pertinente. Já as transcrições das Rodas de Conversa não foram enviadas para os estudantes por envolver as falas em meio ao processo de interação grupal o que poderia causar desconfortos devido às análises individuais de cada aluno, essa ressalva foi feita aos estudantes.

2.5 Análise dos dados

Foi realizada a leitura exaustiva, o tratamento do material construído em campo e a categorização de temas associados ao objetivo do estudo.

A categorização é uma operação de classificação de elementos efetuados em razão de características comuns e possui como objetivo fornecer uma condensação e representação dos dados construídos em campo. Para essa pesquisa, foi utilizado o processo de categorização *a priori*, onde os dados construídos foram fornecidos ao sistema de categorias à medida que iam sendo encontradas (BARDIN, 2011).

A categorização pode ser realizada previamente, exigindo um conhecimento sólido do pesquisador para encontrar um esquema classificatório adequado ao tema analisado (GOMES, 2012).

Além disso, os dados construídos foram analisados à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional (BRASIL, 2002) e seu processo de formulação e dos referenciais teóricos e metodológicos da terapia ocupacional, além das pesquisas e evidências científicas produzidas no campo da formação em terapia ocupacional.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção apresenta e discute os resultados construídos na pesquisa, esses foram dispostos em três momentos. Primeiramente, descrevemos as informações sobre a formação do terapeuta ocupacional para o cuidado na APS, por meio dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e de coordenadoras de cada curso pesquisado. Na segunda parte, discutimos as contribuições das docentes participantes dessa pesquisa para a formação no campo da APS. Por último, apresentamos as perspectivas dos estudantes sobre a formação em terapia ocupacional para o cuidado na APS.

3.1 ANÁLISE DOCUMENTAL E CONTRIBUIÇÕES DE COORDENADORAS DE CURSOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO VOLTADA PARA O CUIDADO NA APS

Esta seção busca compreender a formação do terapeuta ocupacional no estado de São Paulo para o cuidado na APS, por meio dos PPP⁹ dos cursos que participaram desse estudo. Para auxiliar na compreensão dos documentos e das realidades institucionais, foram realizadas entrevistas com as coordenadoras desses respectivos cursos.

Para guiar a análise desses documentos utilizamos o *Roteiro de Análise Documental (RAD)*, que buscou registrar as seguintes informações: a) ano de criação do curso e o ano que a APS passou a ser um campo teórico e/ou de práticas inserido na formação; b) carga horária total do curso de graduação e a carga horária destinada à formação para a APS; c) presença de conteúdos teóricos voltados para APS e a distribuição desses conteúdos ao longo dos anos de formação; d) presença de estágio curricular profissionalizante e atividades práticas na APS.

O *Quadro 5* apresenta parte das informações registradas pelo RAD.

⁹ Os PPP foram coletados nos sítios eletrônicos institucionais ou disponibilizados pelas coordenadoras e docentes participantes da pesquisa.

Quadro 5 – Informações gerais dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional

IES – Participantes da pesquisa	Ano de abertura do Curso de TO	Ano de abordagem na formação da TO na APS	Projeto político pedagógico do curso disponibilizado
IES - A	2006	2006	Sim
IES - B	1978	Final dos anos 1990	Sim
IES – C	1956	Anos 1980	Sim
IES – D	2002	2002	Sim
IES - E	2003	2003	Sim
IES - F ¹⁰	-	-	Não
IES - G	2005	Teórico - 2010 Prático - 2013	Sim
IES - H	2006	2006	Não
IES - I	1998	2005	Não

Como percebemos, no *Quadro 5*, o curso participante mais antigo é de 1956 e o mais recente é de 2006, temos uma concentração de cinco cursos abertos no século XXI, o que demonstra um crescimento do número de cursos nos quinze últimos anos. Quanto à abordagem da APS na formação dos terapeutas ocupacionais, todos os cursos a realizam, sendo a maioria desde a sua criação. Apenas três IES não disponibilizaram seus PPP. Nesse sentido, faremos a seguir, a análise dos cursos que apresentaram esse documento.

3.1.1 Curso de Terapia Ocupacional da IES A

Os dados gerais do curso de Terapia Ocupacional da IES A são apresentados no *Quadro 6*.

Quadro 6 – Caracterização do curso da IES A

Ano de criação do curso: 2006
Forma de Ingresso: Anual Número de vagas atual: 40
Regime do Curso: Semestral com quatro anos de duração
A carga horária total para a integralização do curso: 4.540 horas
PPP do curso atualizado em 2014

Em consonância com o PPP do Campus, o curso de Terapia Ocupacional da IES A está planejado no entendimento modular de currículo, procurando integrar conteúdos

¹⁰ O coordenador da IES F não foi entrevistado devido a indisponibilidade de horário para a realização do encontro, assim não tivemos acesso ao PPP do seu curso. Esse documento também não foi encontrado no sítio eletrônico institucional.

em eixos e módulos. Assim, o curso está estruturado em quatro eixos: “O Ser Humano em Sua Dimensão Biológica”, “O Ser Humano e Sua Inserção Social”, “Trabalho em Saúde” e a “Aproximação à Prática Específica do Terapeuta Ocupacional” (PPP – IES A, 2014).

O PPP do campus prevê a articulação entre os quatro eixos propostos com ênfase na educação interprofissional, interdisciplinaridade, enfoque problematizador e produção do conhecimento. Nesse sentido, prioriza a adoção de metodologias problematizadoras para o ensino, a inserção de novas tecnologias de informação e comunicação, o estímulo a uma postura ativa do aluno na construção do conhecimento e na iniciação científica. Além disso, o estudante é inserido em sua prática profissional desde o início do curso, possibilitando a execução de tarefas de complexidade e responsabilidade crescentes (PPP – IES A, 2014).

O PPP do curso prevê a integração com a comunidade, a partir da aproximação entre a universidade, as comunidades regionais, o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Rede Municipal e Estadual de Ensino (PPP – IES A, 2014).

Diante das informações apresentadas sobre o curso, cabe ressaltar o excerto da entrevista de sua coordenadora, quando indagada sobre o momento que a APS passou a ser um campo teórico e/ou de práticas inserido na formação. A mesma abordou a formação para o campo da APS, da seguinte maneira:

Desde o início, em 2006, [o curso oferece a formação voltada para APS]. Porque o Campus da IES A, ele é um campus voltado para ciências da saúde. Os seis cursos são voltados para formação em saúde e desde o início no projeto pedagógico, a atenção primária à saúde, ela está inserida a partir do eixo transversal, que é um dos eixos comuns a todos os cursos, que é o eixo Trabalho em Saúde, então desde o início tem esse aprendizado, essa formação [...] Temos o estágio de TO na APS (Coordenadora 1 – IES A).

Além dessas informações, a Coordenadora 1 alegou que cinco docentes de terapia ocupacional compõem o Eixo: Trabalho em Saúde (TS) e duas docentes estão à frente de dois estágios profissionalizantes na APS.

A) Interface da formação do terapeuta ocupacional com a APS

Diante da fala da Coordenadora 1 e da análise da Matriz Curricular do Curso, encontramos a interface da formação do terapeuta ocupacional com a APS por meio do Eixo: TS e dos estágios profissionalizantes em dois cenários: UBS e ESF.

No eixo TS, *Quadro 2*, identificamos que sua abordagem teórico prática contempla a formação para o cuidado integral em saúde com ênfase na APS, além de enfatizar a perspectiva do cuidado integral em rede com base no trabalho interprofissional e na formação interdisciplinar entre o primeiro e o terceiro ano de graduação (PPP – IES A, 2014). Além disso, o *Quadro 7*, apresenta a descrição dos estágios da APS.

Quadro 7 – Eixo: TS e Estágios Profissionalizantes

<p>1º ano - 1º semestre Módulo: Saúde como processo: contextos, concepções e práticas I Carga horária: 80 horas – 48 horas teórica e 32 horas prática</p>
<p>Conteúdo programático</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sujeitos em território; - Capacidade de olhar, observar, dialogar e investigar; - Território de vida: conflitos, desigualdades, adoecimento e potencialidades; - Concepções de saúde-doença e modelos de atenção; - Desigualdades e iniquidades em saúde; - Vida saudável e qualidade de vida; - APS e práticas interdisciplinares e intersetoriais para promover saúde; - Saúde/doença/cuidado do ponto de vista subjetivo
<p>1º ano - 2º semestre Módulo: Saúde como processo: contextos, concepções e práticas II Carga horária: 80 horas – 32 horas teórica e 48 horas prática</p>
<p>Conteúdo programático</p> <ul style="list-style-type: none"> - Políticas públicas de saúde; - O direito à saúde e o papel do Estado; - História da política de saúde no Brasil, Organização sanitária do Brasil e a Reforma sanitária brasileira; - A criação e implementação do Sistema Único de Saúde; Os princípios e diretrizes do SUS; A gestão do SUS. - Redes municipais de Saúde. - Epidemiologia e Indicadores de saúde; Indicadores de condições de vida. - A teoria da Transição demográfica; A transição demográfica no Brasil; Envelhecimento da população; - A teoria da Transição epidemiológica; Transição-Polarização epidemiológica no Brasil.
<p>2º ano - 1º semestre Módulo: Prática clínica integrada: análise de demandas e necessidades em saúde Carga horária: 80 horas – 16 horas teóricas e 64 horas práticas</p>

<p>Conteúdo programático</p> <ul style="list-style-type: none"> - A narrativa e o processo de reflexão do paciente e do aluno como estratégia para a formação do profissional de saúde; - O uso das narrativas para o desenvolvimento da compreensão das situações clínicas dentro do contexto histórico-social dos pacientes; - Interação com as equipes de atenção básica e os agentes comunitários de saúde; - Atuação no domicílio e reconhecimento do território; - Recursos de saúde e determinantes; - Atuação interprofissional através das avaliações e reflexões compartilhadas.
<p>2º ano - 2º semestre Módulo: Prática clínica integrada: atuação em grupos populacionais Carga horária: 80 horas – 16 horas teóricas e 64 horas práticas</p>
<p>Conteúdo programático</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde e Prevenção; - Atividades grupais; - Dimensão Educativa/Pedagógica das práticas em saúde; - Organização e Planejamento das práticas em saúde.
<p>3º ano – 1º semestre Módulos: Clínica integrada: produção de cuidado Carga horária: 80 horas – 8 horas teóricas e 72 horas práticas</p>
<p>Conteúdo programático</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipe matricial e equipe de referência; - Clínica ampliada; - Projetos terapêuticos Singulares; - Gestão do cuidado; - Atendimento domiciliar e Programa de atenção domiciliar; - Rede de atenção e integralidade na atenção básica, especializada e hospitalar.
<p>4º ano Estágio profissionalizante: Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC): ações territoriais junto a pessoas com deficiência articulada à Atenção Básica de Saúde Carga horária: 210 horas</p>
<p>Objetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver intervenções junto a pessoas com deficiências (PCD) a partir dos pressupostos da RBC. <p>Ementa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduzir os estudantes no cotidiano dos serviços de uma Unidade de Saúde da Família e das ações que as equipes realizam no campo da atenção básica. A partir desse cotidiano, mapear, conhecer e intervir junto as pessoas com deficiência com ênfase no território comunitário.
<p>4º ano Estágio profissionalizante: Terapia Ocupacional na Atenção Básica Carga horária: 210 horas</p>
<p>Objetivos Gerais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver nos alunos capacidade de trabalhar em equipe multiprofissional na área da atenção básica; - Estimular, sempre que possível, atividades conjuntas com outras áreas profissionais, no sentido de promover um trabalho com características interdisciplinares; - Realizar intervenções individuais e grupais com paciente da Unidade Básica de Saúde (crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos). <p>Proposta da Terapia Ocupacional na UBS A Terapia Ocupacional na Unidade Básica de Saúde objetiva o trabalho com metas a curto,</p>

médio e longo prazo visando a melhoria na qualidade de vida, independência, tomada de decisões, expressão corporal, iniciativas, além de auxiliar o trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional. Nesse contexto, fazer com que os estudantes desenvolvam o cuidado no âmbito individual, em visita domiciliar e em grupo.

B) Apontamentos sobre a formação para APS

O curso de Terapia Ocupacional da IES A desenvolve o ensino teórico-prático na APS com a perspectiva interdisciplinar e interprofissional e o estágio específico na APS, com dois enfoques em USF e UBS, além disso, a Coordenadora 1 relatou que há interface do eixo específico da Terapia Ocupacional com APS durante a formação.

Todos os alunos de Terapia Ocupacional participam do Eixo: TS nos três primeiros anos da graduação; e no 4º ano esses estudantes realizam quatro estágios profissionalizantes, de um total de oito possibilidades de estágio. Dessa forma, podem existir alunos que não realizem o estágio no campo da APS.

3.1.2 Curso de Terapia Ocupacional da IES B

Os dados gerais do curso de Terapia Ocupacional da IES B são apresentados no *Quadro 8*.

Quadro 8 - Caracterização do curso da IES B

Ano de criação do curso: 1978	
Forma de Ingresso: Anual	Número de vagas atual: 40
Regime do Curso: Semestral com cinco anos de duração	
A carga horária total para a integralização do curso: 4300 horas	
PPP do curso atualizado em 2011	

O curso de Terapia Ocupacional da IES B, por ter sido criado em 1978, tem suas singularidades históricas quanto à formação de seus profissionais, que não serão abordadas nessa pesquisa, devido ao nosso interesse em analisar a formação, atualmente, desenvolvida para o campo da APS.

O curso tem como base de seu PPP, a reflexão no processo de ensino aprendizagem. A proposta do currículo adota uma abordagem sócio-construtivista da educação, na qual o curso proporciona o fazer agir, operar, criar, construir a partir da realidade vivida por professores e estudantes (PPP – IES B, 2011).

Os planos curriculares são organizados em cada série por unidades educacionais interdisciplinares, para o exercício da profissão, numa perspectiva de intervenção social.

Estas unidades são: Unidade Educacional de Referenciais Teóricos e Metodológicos em Terapia Ocupacional (URTMTO), Unidade Educacional de Recursos e Atividades em TO (UREATO); Unidade Educacional de Prática Supervisionada em TO (UPSTO), Unidade Educacional de Pesquisa em TO (UPTO), Unidade Educacional de Consultoria Orientada (UCON), Unidade Educacional de Atividades Complementares (UAC) (PPP – IES B, 2011).

Quando a coordenadora foi questionada sobre a formação para APS, a mesma deu o seguinte relato:

Estão contempladas no curso, as atividades práticas no campo da Atenção Primária em Saúde, mas não são atividades de estágio profissional (Coordenadora 2, IES B).

A Coordenadora 2 relatou que existe uma professora responsável pelo ensino do conteúdo da APS e, que o curso tem uma outra docente que realiza pesquisas nesse campo em nível da pós-graduação.

A) Interface da formação do terapeuta ocupacional com a APS

Ao analisar o relato da entrevista com a coordenadora e o PPP do curso, verificamos que a interface com o campo da APS é feita na Unidade Educacional de Prática Supervisionada em TO – UPSTO III e IV. Essa unidade visa proporcionar ao aluno a experiência com as diversas práticas da terapia ocupacional, através do acompanhamento e participação em atendimentos e ações supervisionadas, junto a indivíduos e/ou a grupos alvo da terapia ocupacional (PPP – IES B, 2011).

Identificamos, no *Quadro 9*, as ementas da UPSTO III e IV.

Quadro 9 - UPSTO III e IV

<p>2º Ano – 1º Semestre Unidade Educacional: UEPSTO III Carga horária: 150 horas – teórico e prático</p>
<p>Ementa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práticas da terapia ocupacional na Unidade de Saúde da Família (USF) inserida no contexto familiar e territorial; - Coleta e aprofundamento da história da comunidade e história de vida, identificação das necessidades de saúde e introdução ao raciocínio terapêutico ocupacional no qual considera o contexto e o significado das ocupações e atividades para os sujeitos envolvidos; - Aprofundamento na compreensão do território; suas potências e vulnerabilidades e o papel do terapeuta ocupacional neste contexto; - Ampliação dos referenciais acerca dos instrumentos de ação como: manejo do vínculo,

<p>manejo de grupos, educação popular;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreensão e análise crítica do papel das equipes de referência e equipe matricial (papel da USF e papel do NASF) e a inserção da terapia ocupacional nas mesmas.
<p>2º Ano – 2º Semestre Unidade Educacional: UEPSTO IV Carga horária: 150 horas - teórico e prático</p>
<p>Ementa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprofundamento nos atendimentos e ações supervisionadas junto a indivíduos (considerando o ciclo vital), família, grupos e comunidade; - Organização do processo e a gestão do trabalho em terapia ocupacional inserida no contexto territorial; - Oferecimento de oportunidades para os manejos de grupos na atenção básica territorial e comunitária de terapia ocupacional; - Análise dos significados e contextos das atividades humanas e ocupações de caráter individual e coletivo; - Incluir temática do controle social nas ações.

Também tivemos acesso ao conteúdo programático da UEPSTO IV/2015, na qual podemos observar as temáticas e as práticas simuladas desenvolvidas:

Temáticas:

- A Terapia Ocupacional na APS: introdução a uma prática terapêutica generalista;
- A Terapia Ocupacional na Estratégia de Saúde da Família e na Comunidade;
- Terapia Ocupacional e Saúde Mental na APS;
- Terapia Ocupacional e Reabilitação Física na APS;
- A APS integrada às outras redes de atenção: disfunção sensorial, deficiência intelectual, na saúde do trabalhador; educação e cultura; campo social;
- APS e a Terapia ocupacional voltada à população infanto-juvenil;
- Terapia Ocupacional e o atendimento à população de rua na APS – Consultório na rua;
- Terapia Ocupacional e o atendimento domiciliar – Programa Melhor em Casa;
- Processo terapêutico ocupacional na APS – Elegibilidade, avaliação, intervenção e alta;
- Construção de Ecomapas e Genogramas;
- Práticas Populares em Saúde;
- Território e Práticas Comunitárias - Controle Social e Participação;
- Participação em encontros do Conselho Municipal de Saúde;

Práticas simuladas:

- Atendimento grupal e atendimento a indivíduos que habitam um território;
- Atendimento aos familiares e ambiência;
- Reunião de equipe e a construção de PTS;
- Cuidados especializados na ABS e intervenção em domicílio;
- Práticas populares e integrativas em Saúde.

B) Apontamentos sobre a formação para APS

Esse curso prevê nos componentes curriculares que envolvem a APS (UEPSTO III e IV) a participação dos estudantes no contexto de prática, no entanto, devido a dificuldade na parceria com os cenários de prática da APS, os estudantes não realizarão atividades no 2º semestre de 2015. Dessa forma, a docente responsável pelo ensino desses componentes teve como estratégia realizar práticas simuladas.

A situação de prática simulada é contemplada no PPP do curso e tem a função de ser “disparadora” educacional que estimula a articulação de diversas áreas do conhecimento com a Terapia Ocupacional (PPP – IES B, 2011).

3.1.3 Curso de Terapia Ocupacional da IES C

Os dados gerais do curso de Terapia Ocupacional da IES C são apresentados no *Quadro 10*.

Quadro 10 - Caracterização do curso da IES C

Ano de criação do curso: 1956	
Forma de Ingresso: Anual	Número de vagas atual: 25
Regime do Curso: Semestral com quatro anos de duração	
A carga horária total para a integralização do curso: 3.915 horas	
PPP do curso atualizado em 2010	

O curso de Terapia Ocupacional da IES C, por ter sido criado, em 1956, um dos primeiros cursos do país tem contribuição marcante para a história da profissão. Sua importante trajetória não será abordada, devido ao nosso interesse específico em compreender a formação que o curso oferece para APS.

O curso da IES C visa formar profissionais críticos, conscientes e preparados para enfrentar os desafios inerentes ao desenvolvimento de seu papel social, bem como capacitados para atuar em todos os níveis de atenção à saúde e também nos campos da educação e da assistência social, tendo como prioridade o ensino com foco em concepções abrangentes do processo saúde-doença e do processo de inclusão-exclusão social (PPP - IES C, 2010).

Esse curso estrutura-se de forma a proporcionar ao aluno dois grandes conjuntos de conhecimento que podem, esquematicamente, serem apresentados na forma de Conteúdos básicos e Conteúdos específicos (PPP - IES C, 2010).

Quanto à entrevista com a coordenadora sobre a inserção da formação para o campo da APS. Ela relatou:

Eu acho que nós somos um grupo de docentes que sempre se preocupou em formar alunos capacitados para a APS, para os princípios da saúde, considerando que nós somos uma universidade pública, e acreditamos que também como é uma missão entender o Sistema Único de Saúde, para que possamos responder a demanda desse Sistema Único de Saúde, então com isso, nosso curso, desde que eu me conheço como docente, nós temos uma preocupação grande em criar um perfil e de pensar em perfil para esses alunos, que eles saiam capacitados a entender o que é esse sistema de saúde e com ele a atenção primária [...] Temos atividades práticas no campo e os estágios curriculares (Coordenadora 3, IES C).

A coordenadora expôs que pelo menos nove docentes do curso trabalham com a temática da APS na formação dos alunos de maneira transversal em seus componentes curriculares. Duas docentes desse conjunto, coordenam estágios no campo da APS.

A) Interface da formação do terapeuta ocupacional com a APS

Após a análise do PPP do curso da IES C e das entrevistas com a coordenadora, identificamos uma disciplina, uma prática supervisionada e dois estágios profissionalizantes que contemplam a APS, como podemos observar no *Quadro 11*.

Quadro 11 – Disciplinas e Estágios do Curso da IES C

<p>3º ano – 1º semestre Disciplina Obrigatória: Políticas de Saúde e Reabilitação no Brasil Carga horária: 60 horas</p>
<p>Programa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O conceito de política social; 2. A política de saúde como parte das políticas sociais no Brasil e sua importância para a estabilização da ordem sócio-política; <ol style="list-style-type: none"> 2.1. A primeira república; 2.2. O período populista; 2.3. Os anos 50 e 60; 2.4. O estado militarista; 2.5. A nova república e a luta pela reforma sanitária; 3. A inserção da terapia ocupacional nos serviços de saúde e de reabilitação: entre 1950 e 1980; 4. A proposta constitucional de criação do Sistema Único de Saúde e seus princípios: 4.1. A unificação dos serviços; 4.2. A descentralização dos serviços; 4.3. A hierarquização das ações e serviços de assistência médica individual; 4.4. A participação da população nos serviços; 5. A política de saúde mental: do asilo à reestruturação da assistência segundo os princípios do sistema único de saúde e da reforma psiquiátrica; 6. A política de saúde da pessoa portadora de deficiência: em Hanseníase e para portadores de deficiências motoras, mentais e sensoriais. O papel das instituições filantrópicas e dos serviços públicos na assistência a esses grupos; 7. A política de saúde do idoso; 8. A inserção da terapia ocupacional como parte das políticas públicas para portadores de deficiência, idosos, pessoas com transtornos psíquicos graves: novas propostas assistenciais nos anos; 9. Os direitos sociais das pessoas com deficiência, com sofrimento psíquico e dos idosos; 10. Serviços de saúde para esses grupos populacionais: novos desafios colocados pela reorganização do setor público dos anos 90; 11. Políticas públicas: atualização das principais discussões e proposições em curso.
<p>3º ano – 2º semestre Disciplina Optativa: Prática Supervisionada: T.O. na Atenção Territorial e Comunitária em Reabilitação Carga horária: 150 horas</p>
<p>Programa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contexto sociocultural e demandas das pessoas com limitações na realização de atividades cotidianas e na participação social; <ol style="list-style-type: none"> a) Pessoas com limitações na realização de atividades cotidianas e restrições a participação social: relevância do problema e identificação de suas necessidades; b) Território, condições de vida e saúde e alternativas locais para ações comunitárias: a territorialização e o diagnóstico situacional como processo de organização e desenvolvimento de atenção; c) Redes sociais e de suporte; fundamentos e importância para o desenvolvimento de atenção comunitária. 2. Reabilitação Baseada na Comunidade e Reabilitação com ênfase no Território: estratégias de acompanhamento de pessoas com limitações na realização de atividades cotidianas e restrições a participação social: diferenças e semelhanças; 3. Terapia Ocupacional comunitária e territorial em reabilitação fundamentação e práticas; <ol style="list-style-type: none"> a) O trabalho com grupos sob a forma de oficinas: fundamentação e acompanhamento de uma experiência; b) O desenvolvimento de projetos e alternativas para ampliar a participação na vida social de pessoas com limitações na realização de atividades cotidianas.
<p>4º ano Estágio Supervisionado optativo: T.O. na Atenção Territorial e Comunitária em Reabilitação Carga horária: 420 horas</p>

Programa

1. A atenção às pessoas com limitações na realização de atividades cotidianas e restrições à participação social: necessidades assistenciais e o desenvolvimento de ações e políticas públicas para esse grupo na saúde, educação, trabalho, lazer, cultura e inclusão social.
2. Reabilitação baseada na comunidade como uma das estratégias colocadas para a construção do acesso a direitos, exercício de cidadania e participação na vida social: reabilitação como uma questão de direitos humanos;
3. Trabalho comunitário e territorial:
 - a. diagnóstico situacional e possibilidades de ação no âmbito de serviços de saúde, serviços comunitários e em articulação intersetorial com educação, trabalho, lazer e cultura.
 - b. construção de espaços e oportunidades de participação social no contexto dos serviços e da comunidade.
4. Terapia ocupacional e as estratégias de acompanhamento da pessoa, sua família e seu entorno social, incluindo possibilidades de adaptação do ambiente e de prescrição de equipamentos de ajuda, no domicílio, na escola, no trabalho entre outros ambientes.
5. Terapia ocupacional e o trabalho com grupos sob a forma de oficinas: tecendo a rede, ampliando as possibilidades de inclusão social:
 - a. atividades e projetos grupais de convivência;
 - b. atividades e projetos de geração de renda e trabalho;
 - c. atividades relacionadas à constituição de fóruns de direitos das Pessoas com Deficiência.
6. O trabalho em equipe e o desenvolvimento de planos e projetos terapêuticos e de inclusão social.
7. Atenção primária em saúde e a estratégia de saúde da família como possibilidade de trabalho comunitário: desafios e possibilidades para a terapia ocupacional;
8. Estudos de caso: a intervenção em terapia ocupacional a partir de uma abordagem territorial incluindo processos de avaliação, planejamento de intervenções e seguimento bem como estudo, desenvolvimento de recursos tecnológicos específicos para demandas identificadas.

4º ano**Estágio Supervisionado optativo:** Deficiência Física**Carga horária:** 420 horas**Programa**

Na atenção Primária à Saúde

1. Ações de atenção à saúde, reabilitação e de terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde;
2. Possibilidades e desafios do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. Ações compartilhadas e específicas da Terapia Ocupacional;
3. Ações na comunidade, território e junto a outros setores sociais (educação, assistência social, cultura, lazer etc): contribuições da terapia ocupacional;
4. Modalidades de intervenção terapêutica ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atenção ambulatorial, domiciliar, individual, em grupo, nos espaços comunitários e em parceria com outros setores sociais;
5. Ampliação de redes sociais e de desmonte de processos de exclusão social e de segregação da população com deficiência física/sensorial e /ou incapacidades.

Atenção de Média Complexidade à Saúde

1. Atuação junto às pessoas jovens, adultas e idosas com deficiência e diferentes quadros de incapacidade, decorrentes de quadros clínicos diversos no contexto do Hospital Universitário da USP (HU) nas enfermarias e no serviço ambulatorial tendo como eixo a integralidade do cuidado em saúde;
2. Comunicação interprofissional e ações da terapia ocupacional junto à equipe;
3. Interlocação com a rede de suporte formal e informal dos usuários atendidos;
4. Processo de referência e contra referência com os serviços públicos e privados de uso dos pacientes.

Na Atenção de Alta Complexidade à Saúde

1. Conhecimento, discussão e participação no projeto do serviço de TO no ICHC que tem como eixo a Integralidade e, redimensiona a atenção às populações - que apresentam comprometimentos neurológicos, reumatológicos, dermatológicos e vasculares - para além do binômio saúde-doença e da assistência ancorada no modelo biomédico, pois inclui as dimensões culturais e sociais das deficiências/incapacidades em acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

B) Apontamentos sobre a formação para APS

Apesar da existência de relevantes atividades práticas e estágios no campo da APS, alguns alunos podem não realizar essas atividades. Essa situação é possível devido a uma particularidade do curso da IES C, que usa a estratégia de disciplinas optativas e eletivas e a montagem de perfil curricular do estudante.

Esse perfil é caracterizado da seguinte maneira, o estudante do curso inicia suas atividades de estágio por meio das disciplinas denominadas de *Práticas Supervisionadas* (são 10 disciplinas, optativas eletivas, com carga horária de 150 horas cada). Dentre essas o estudante deverá cursar três delas, preferencialmente no 4º, 5º e 6º período (semestral). Já nos 7º e 8º períodos, o estudante deverá cursar as disciplinas denominadas *Estágios Supervisionados*, optando por duas delas (são 9 disciplinas, optativas eletivas, com carga horária de 420 horas cada) (PPP - IES C, 2010).

3.1.4 Curso de Terapia Ocupacional da IES D

Os dados gerais do curso de Terapia Ocupacional da IES D são apresentados no *Quadro 12*.

Quadro 12 - Caracterização do curso da IES D

Ano de criação do curso: 2002
Forma de Ingresso: Anual; Número de vagas atual: 20
Regime do Curso: Semestral com cinco anos de duração
A carga horária total para a integralização do curso é de 3.840 horas
PPP do curso atualizado em 2012

O curso de Terapia Ocupacional da IES D tem o objetivo de contribuir para a formação de profissionais com treinamento multidisciplinar, voltado para atividades de ensino e pesquisa, além das atividades assistenciais inerentes à profissão e à necessidade da população (PPP - IES D, 2012).

O PPP do curso aponta que o cenário nacional da formação em terapia ocupacional tem registrado uma formação e atuação profissional segundo os ciclos da vida humana, os princípios da Ocupação Humana e os fundamentos do Desempenho Ocupacional, com embasamentos na filosofia da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial de Saúde (PPP - IES D, 2012).

Por meio da inter-relação dos conteúdos acima citados, o curso possui uma organização curricular onde a lógica da integração de conteúdos teóricos e práticos se contrapõe à lógica da fragmentação por áreas de conhecimentos específicos (PPP - IES D, 2012).

O redirecionamento dos conteúdos do currículo, ministrados pelos docentes, passam a seguir os ciclos da vida humana e os três níveis de atenção em saúde, se propondo a capacitar o futuro profissional para atuar e organizar intervenções biopsicossociais nos campos clínico-terapêutico e preventivo das práticas de Terapia Ocupacional (PPP - IES D, 2012).

A Coordenadora do curso alegou que o curso oferece atuação extramuros.

Nosso projeto político-pedagógico prevê atuação extramuros. Então não só no campo hospitalar, mas também em espaços na comunidade [...] Eu acho que todo o corpo docente Específico da Terapia Ocupacional tem entendido a Atenção Primária em Saúde como um espaço importante de formação do estudante e do futuro terapeuta ocupacional (Coordenadora 4, IES D).

A Coordenadora identificou a presença de duas docentes atuando na formação para APS, uma na disciplina específica: “Terapia Ocupacional em Atenção Básica” e outra docente atuando por meio do estágio e de projetos de extensão.

A) Interface da formação do terapeuta ocupacional com a APS

A partir da análise do PPP do curso e das entrevistas realizadas com a coordenadora, identificamos três componentes curriculares relacionados à APS, estes estão presentes no *Quadro 13*,

Quadro 13 – Componentes Curriculares relacionados à APS

1º ano – 2º Semestre Disciplina: Saúde Pública Carga horária: 30 horas – teórico prática
Programa - População e serviços de saúde – indicadores: determinantes sociais da saúde e necessidades de saúde; - Estrutura e organização de serviços de saúde: redes de atenção em saúde; - Financiamento e custos da saúde; - Sistemas de atenção em saúde; - Avaliação da saúde: direitos do paciente.
3º ano – 2º Semestre Disciplina: Terapia Ocupacional em Atenção Básica Carga horária: 30 horas – teórico prática
Programa - Política Nacional de Atenção Básica; - Territorialização: aspectos teóricos e práticos e o SIAB; - Genograma e Ecomapa: aspectos teóricos e práticos - Visita Domiciliar e acesso ao Cadastro SUS; - TO e a estratégia de Saúde da Família; - TO e os Centros de Convivência; - Terapia ocupacional em reabilitação na Atenção Primária;
4º ano – 2º Semestre Disciplina: Terapia Ocupacional Aplicada às Condições Comunitárias; Carga horária: 45 horas – teórico prática
Programa - Terapia ocupacional e a ação no território; - Ética e atitudes na comunidade; - Visita a comunidade, equipamentos sociais; - Visita domiciliar/reunião com familiares; - Atuação da Terapia Ocupacional em espaços comunitários (RBC e outros); - Projeto de Saúde no Território (PST); - Desenvolvimento de ações no território sob supervisão.

B) Apontamentos sobre a formação para APS

O curso da IES D é o único que apresenta uma disciplina específica de terapia ocupacional na APS, o que pode demonstrar um grau de importância a esse campo. Quanto a isso, entendemos que a discussão transversal da APS entre os diferentes componentes curriculares é essencial, já que a APS é entendida como coordenadora do cuidado à saúde e porta de entrada preferencial de acesso à população. Da mesma forma, identificamos que devido à *alta complexidade tecnológica* envolvida na APS, faz com que seja necessário componente(s) curriculares específicos para que aglutinem

saberes, métodos e recursos terapêuticos necessários a formação e a prática profissional nesse contexto.

Em relação ao estágio profissional, o mesmo está organizado por ciclos de vida: Atenção à Infância e à Adolescência; Atenção ao adulto; Atenção ao idoso. O que não oferece subsídio para a identificação da especificidade de cada campo de estágio.

3.1.5 Curso de Terapia Ocupacional da IES E

Os dados gerais do curso de Terapia Ocupacional da IES E são apresentados no *Quadro 14*.

Quadro 14 - Caracterização do curso da IES E

Ano de criação do curso: 2003
Forma de Ingresso: Anual; Número de vagas atual: 40
Regime do Curso: Semestral com quatro anos de duração
A carga horária total para a integralização do curso é de 3.720 horas
PPP do curso atualizado em 2014

O curso da IES E tem uma formação que vai ao encontro da proposta de ação do Departamento de Educação Especial ao qual está vinculado, principalmente no momento em que se determina uma intervenção nas áreas da educação e da saúde segundo um modelo inclusivo. Além disso, o curso busca formar um profissional com perfil voltado para atuar no SUS (PPP - IES E, 2014).

O curso visa a formação de um profissional generalista com conhecimentos gerais nas áreas biológicas e humanas, além de conhecimentos específicos, indispensáveis ao pleno desempenho da função. O curso abrange ações nas esferas preventiva, curativa e reabilitadora, com ênfase no enfoque biopsicossocial (PPP - IES E, 2014).

A coordenadora abordou na entrevista que a APS sempre fez parte da formação dos terapeutas ocupacionais e que, atualmente, esse campo é trabalhado na formação em disciplinas e em um estágio. Além disso, de uma maneira específica ela relatou a característica do curso, no seguinte excerto:

Desde da criação do curso [temos uma formação para APS]. [...] Mas, o nosso curso de TO nasceu dentro de um departamento de educação especial e a maioria dos docentes tem a sua formação voltada para a educação, mas ele também não é voltado somente para a educação. Então o que a gente tenta dar é uma formação generalista vendo todos

os campos e, o aluno não escolhe por qual estágio vai passar, ele vai passar por todos (Coordenadora 5, IES E).

A coordenadora apontou como responsável pela formação para APS, uma única docente, alegando que essa leciona a disciplina aplicada e o estágio na APS.

A) Interface da formação do terapeuta ocupacional com a APS

Foram identificados nesse curso três componentes curriculares que realizam a interface com a formação voltada para APS, como podemos notar no *Quadro 15*.

Quadro 15 – Componentes Curriculares da IES E

<p>1º ano – 2º Semestre Disciplina: Saúde Pública e Epidemiologia; Carga horária: 30 horas</p>
<p>Conteúdo programático</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saúde Pública: histórico e conceitos básicos; - Políticas de saúde e organização dos serviços de saúde no Brasil; - O processo de saúde-doença e seus determinantes; - Fases e níveis de prevenção em saúde e Estratégias gerais de prevenção em saúde; - Noções básicas sobre Epidemiologia: Conceitos básicos e Medidas de ocorrência de doenças; - Conceitos básicos sobre Educação para a saúde; - O profissional de saúde e seu papel educacional;
<p>3º ano – 2º Semestre Disciplina: Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais Carga horária: 60 horas – teórico prática</p>
<p>Conteúdo programático</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo saúde-doença; - Vigilância à saúde: concepção teórica e metodológica de intervenção no processo saúde-doença; - Instituições e equipamentos sociais: aspectos gerais e as instituições sociais e suas implicações no campo da saúde coletiva; - Processo saúde-doença nas instituições: aspectos gerais; - Desenvolvimento de uma investigação em saúde coletiva: a) Análise das condições gerais de saúde de uma unidade local e/ou das demais instâncias do serviço municipal de saúde com a finalidade de obter informações que subsidiem o desenvolvimento de um estudo; b) Reconhecimento das relações entre a instituição alvo de estudo, o serviço local de saúde, demais instâncias do poder público municipal e outros equipamentos sociais disponíveis no município. - Elaboração de propostas de intervenção coletiva e/ou individual em saúde.
<p>4º ano Estágio Supervisionado: Terapia Ocupacional no Programa de Saúde da Família Carga horária: 75 horas</p>
<p>Conteúdo programático</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e realizar triagem e avaliação em terapia ocupacional; - Estabelecer objetivos terapêuticos;

- Planejamento de atividades;
- Prevenção em terapia ocupacional;
- Terapêutica de patologias e auxílio à reintegração do indivíduo;
- Manutenção das condições físicas do paciente;
- Orientação às famílias;

B) Apontamentos sobre a formação para APS

O esquema de rodízio em estágios com a carga horária de 75 horas, dificulta a apropriação do campo da APS, visto que esse tempo é curto, se levarmos em consideração as singularidades em torno do cotidiano comunitário, da longitudinalidade do cuidado na APS e do vínculo necessário para o cuidado nesse cenário.

3.1.6 Curso de Terapia Ocupacional da IES G

Os dados gerais do curso de Terapia Ocupacional da IES G são apresentados no *Quadro 16*.

Quadro 16 - Caracterização do curso da IES G

Ano de criação do curso: 2004
Forma de Ingresso: Anual; Número de vagas atual: 100
Regime do Curso: Semestral com quatro anos de duração
A carga horária total para a integralização do curso é de 3.544 horas
PPP do curso atualizado em 2013

O curso de graduação em Terapia Ocupacional da IES G objetiva capacitar o futuro profissional, para que este atue centrado nos aspectos físicos, psíquicos e sociais da atividade humana, e esteja principalmente capaz de desenvolver ações nas esferas curativa e reabilitadora, bem como em caráter de promoção, prevenção e proteção da saúde nos diferentes aspectos relacionados à prática da Terapia Ocupacional em todo o ciclo vital (PPP - IES G, 2013).

Esse curso tem o seu currículo construído por um PPP elaborado de forma coletiva e participativa dos professores centralizando o aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem (PPP - IES G, 2013).

As disciplinas do curso estão organizadas de forma que as disciplinas básicas sejam apresentadas nos períodos iniciais do curso, formando uma base sólida para os próximos períodos. Contudo, durante esses mesmos períodos, também caminham

paralelamente disciplinas específicas, fato este, que se justifica pela necessidade de levar o aluno a ter os primeiros contatos com a área (PPP - IES G, 2013).

A coordenadora do curso alegou que os campos teórico e prático da APS são contemplados na formação por meio de disciplinas e de estágio em UBS. A mesma, relatou que uma única docente de Terapia Ocupacional é responsável pelo ensino desse campo na graduação.

A) Interface da formação do terapeuta ocupacional com a APS

Percebemos a interface com a formação para APS, a partir de quatro componentes curriculares expressos no *Quadro 17*.

Quadro 17 – Componentes Curriculares da IES G

<p>1º ano – 1º Semestre Disciplina: Integração Ensino-Comunidade Carga horária: 33 horas</p>
<p>Ementa - Promoção da saúde; - Educação em saúde; - Diagnóstico situacional da saúde da comunidade (diagnóstico comunitário); - Ações preventivas comunitárias dirigidas à saúde do idoso, saúde da mulher, saúde da criança e adolescente, saúde do trabalhador; - Ações preventivas voltadas aos programas de controle de doenças infectocontagiosas e crônicas degenerativas.</p>
<p>1º ano – 2º Semestre Disciplina: Saúde Coletiva Carga horária: 33 horas</p>
<p>Ementa - Conceito de saúde, doença e saúde coletiva/saúde pública; - Evolução histórica, conceitos básicos e usos da epidemiologia; - O processo saúde-doença (história natural da doença); - A epidemiologia das doenças transmissíveis e não transmissíveis. - Transição demográfica e epidemiológica; vigilância epidemiológica; - Considerações históricas sobre o SUS e Perfil profissional no contexto do SUS.</p>
<p>2º ano – 1º Semestre Disciplina: Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva Carga horária: 33 horas</p>
<p>Ementa - Atuação do terapeuta ocupacional nos programas de controle de algumas doenças infecciosas e não infecciosas; - Sistema Único de Saúde; - Perfil profissional e estratégias de atuação do terapeuta ocupacional na área da Saúde Coletiva, diante do contexto dos princípios norteadores do SUS; - Diagnóstico situacional da saúde da comunidade (Diagnóstico comunitário);</p>

- Classificação internacional de funcionalidade e incapacidade (CIF).
4º ano ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM TERAPIA OCUPACIONAL Carga horária: 100 horas
Ementa - Desenvolvimento de ações práticas supervisionadas em projetos desenvolvidos no campo da Terapia Ocupacional em Ambulatório Geral e Saúde Pública [em UBS tradicional]; - Propiciar a elaboração de experiências práticas que situam o aluno em relação à multidimensionalidade e complexidade das relações contextualizadas entre usuários, instituições e técnicos em Ambulatório Geral e Saúde Pública [em UBS tradicional].

B) Apontamentos sobre a formação para APS

O estágio profissional no campo da APS é compartilhado com outro campo de estágio, o ambulatorial. Essa característica pode provocar menor inserção do estudante na APS.

3.1.7 A formação para APS

Os seis cursos analisados realizaram atualizações de seus currículos recentemente e, essas versões atuais dos seus PPP se correlacionam às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Terapia Ocupacional (BRASIL, 2002). De uma forma específica, alguns cursos apresentaram os componentes e a organização das diretrizes e outros copiaram na íntegra, partes do conteúdo desse documento norteador em seus PPP.

Todos os cursos analisados desenvolvem uma formação que contempla a APS, sendo que os seis cursos possuem disciplinas relacionadas a esse campo e quatro cursos possuem estágio profissional na APS. Foi percebido uma alta concentração de conteúdos gerais ligados a Saúde Pública, Epidemiologia e Saúde Coletiva, e ausência de componentes curriculares ligados a ciências humanas, como de Sociologia e Antropologia, o que é uma fragilidade, visto a interface desses conteúdos com a APS.

Podemos ver no *Quadro 18*, uma síntese das informações coletadas nos documentos.

Quadro 18 – Síntese das informações dos PPP dos seis cursos analisados

IES	Duração do curso (em anos)	Nº de vagas por turma	Carga horária total	Carga horária do campo da APS	Nº de disciplinas do campo da APS	Nº de Estágios do campo da APS	Nº de docentes TO envolvidos na formação para APS
A	4	40	4.540	610	5	2	7
B	5	40	4.300	300	2	0	2
C	4	25	3.915	1050	2	2	9
D	5	20	3.840	105	3	0	2
E	4	40	3.720	165	2	1	1
G	4	100	3.544	199	3	1	1
Média Geral	4.33	44.16	3.976,5	334.83	2.83	1	3.66

O arranjo curricular das disciplinas que envolvem a APS é organizado de diferentes formas no decorrer da graduação dos cursos analisados, como podemos perceber no *Quadro 19*.

Quadro 19 - Distribuição de disciplinas relacionadas à APS ao longo dos anos de formação

IES	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	Total
A	2	2	1			5
B		2				2
C			2			2
D	1		1	1		3
E	1		1			2
G	2	1				3
Total	6	5	5	3	0	17

Dessa forma, realizar essa descrição via análise documental desses cursos nos permite compreender a heterogeneidade de desenhos para se trabalhar a formação voltada para o campo da APS. Fato que nos coloca a refletir sobre a necessidade de construções mais coletivas, que envolvam a formação para APS, seja por meio de eventos e publicações científicas ou fóruns permanentes de discussão, que proporcionem caminhos de ampliação e sistematização para a formação de futuros terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS.

3.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS DOCENTES

3.2.1 A TRAJETÓRIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ACADÊMICA DAS DOCENTES TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA APS

Essa categoria foi construída com base nas trajetórias e nas aproximações com o campo de conhecimento e de prática da APS das 17 docentes participantes dessa pesquisa.

Estabelecemos como eixo de organização para apresentar essa categoria, a criação do SUS (1990). Dessa forma, montamos a caracterização do *Quadro 20*, onde tivemos seis docentes que cursaram terapia ocupacional antes do SUS e dez docentes após esse marco legal para o cuidado à saúde no Brasil.

Quadro 20 - Ano de Graduação das Docentes

Graduação antes do SUS	Graduação pós SUS
1979 - Docente 6	1997 - Docente 5 1999 - Docente 3
1980 - Docente 17 1981 - Docente 15	2001 - Docente 4 2001 - Docente 9
1983 - Docente 8	2002 - Docente 14 2002 - Docente 12
1985 - Docente 7	2005 - Docente 11
1986 - Docente 2	2007 - Docente 13 2008 - Docente 10
1988 - Docente 1	2010 - Docente 16

3.2.1.1 Graduação em Terapia Ocupacional antes do SUS

A formação graduada em terapia ocupacional dos anos 1970 e 1980 foi marcada pelas reivindicações de mudanças no caráter formativo de uma profissão eminentemente técnica para a preocupação com uma formação humanística, técnica, política e que tinha como necessidade o desenvolvimento de campo de conhecimento próprio para responder às necessidades da população e das instituições (SOARES, 1991).

Como fruto dessas reivindicações, em 1983, instituiu-se o currículo mínimo para os cursos de graduação de terapia ocupacional. Tanto a proposta, como a aprovação desse currículo provocaram inúmeras transformações, com destaque para a mudança na formação de um modelo clínico-biológico para um modelo de saúde, que integrasse o

enfoque psicológico e social ao biológico, e onde a profissão atuasse nos âmbitos da prevenção de agravos à reabilitação (SOARES, 1991).

Diante desse contexto de transformação, a trajetória de graduação em terapia ocupacional das docentes antes do SUS, expõe as *diferentes estratégias* que as levaram, por parte de seus interesses, a pensar cenários territoriais e comunitários de atenção que contribuiriam para suas formações e para, atualmente, pensar a formação de futuros terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS.

Podemos observar essas estratégias nos excertos retirados do material das entrevistas:

Em relação à trajetória da minha formação de [1976-1979] para APS: eu não tive. O que eu tive foram experiências de movimento estudantil. Nós fazíamos discussões sobre a questão da assistência à população na rede pública, íamos na periferia conhecer o que era um centro de saúde. Na época os cursos [TO e FISIO] eram de 3 anos em período integral. Tivemos um estágio em creche, porque queríamos trabalhar com desenvolvimento normal, mas a gente não sabia o que fazer [...] Na época, ficava a dúvida o que um TO faz junto à população no centro de saúde. Era uma dúvida, mas alguma coisa sabíamos que tínhamos que fazer ali, mas não sabíamos o que era. Ai o que ficou disso? Ficou que: quando você está na comunidade, quando você está no território, quando você está perto da população, os problemas aparecem de um jeito diferente do que aquele de quando você está no hospital ou em uma instituição especializada (Docente 6 – IES C).

Olha, eu acho que eu vivi em um período da minha graduação [início dos anos 1980] que nós elaborávamos muito criticamente a própria formação que recebíamos [...] Se eu estiver falando sobre a minha formação em nível de graduação, eu não tive nenhuma aproximação com essa temática [da APS]. Pelo menos não formalmente. Eu me lembro que nos encontros de estudantes que naquela época se chamava ENUR, Encontro Nacional dos Universitários de Reabilitação, tivemos contato com a questão muito fortemente associada entre a atenção básica e a prevenção. A influência [da APS] foi de sempre ficar muito estimulada a buscar uma coisa que tínhamos ouvido dizer que era muito importante e que não estávamos atentas. O que é a reabilitação no campo da prevenção? E a discussão que isso colocava, quero dizer é fazer prevenção primária ou é um trabalho mais perto da realidade das pessoas e que pode até mesmo acompanhar pessoas com um alto grau de incapacidade já instalada. Porque eu acho que essa é uma questão que está posta até hoje (Docente 7 – IES C).

Me formei entre [1983-1986], a única possibilidade de relacionamento com essa área [da APS] foi em um estágio [bem curto] em que eu tive contato com a atenção básica através de uma UBS [...] Participei um

pouco junto com os delegados que foram para Brasília para a 8ª Conferência de Saúde (Docente 2 – IES A).

Eu me formei em 1980, não tínhamos nem a constituição de 1988. Eu tive práticas, não com o nome de atenção primária, mas foram práticas com a perspectiva de atenção primária, em creches para a promoção da saúde com as crianças [...] eu fui também para presídios, para zonas de prostituição para promover a saúde [...] (Docente 17 – IES D).

As docentes tiveram aproximação com o campo da APS por meio de suas experiências e de seus anseios de mudanças para as possibilidades extramuros de atuação territorial e comunitária da terapia ocupacional e viam a APS como um possível cenário de atuação. Além disso, essas experiências perpassaram também a participação nas prévias para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e nas discussões do movimento estudantil e dos movimentos sociais, tanto na perspectiva de redemocratização do país, quanto pela conquista de direitos para populações vulneráveis.

A discussão sobre as trajetórias percorre também a inquietação junto à questão social e com a reflexão crítica aflorada também pela Saúde Coletiva, como observamos logo abaixo:

Não discutimos Atenção Primária [na minha formação inicial], mas desde o meu primeiro ano do curso, eu fui convidada para participar de uma atividade que se chamava Oficina de Brinquedos e essa oficina era um pouco dessa possibilidade de pensar, no território, quais eram as crianças que estavam vivendo em uma situação de vulnerabilidade ou de risco social. Então era uma questão não necessariamente de Atenção Primária à Saúde, mas era uma questão de já pensar a questão social [...] Acho que na minha formação o importante foi eu poder ir me identificando com a Terapia Ocupacional social, na compreensão do sujeito no contexto histórico-social (Docente 15 - IES I).

Quando eu estava na faculdade não tinha o SUS, a Terapia Ocupacional ainda era voltada para os serviços especializados, então os meus estágios não eram em atenção básica, mas logo que eu me formei eu fiz um aprimoramento em Saúde Coletiva e ficávamos com uma terapeuta ocupacional na atenção básica [nos anos 1980]. [O aprimoramento em Saúde Coletiva] me ajudou muito a pensar a saúde coletiva como um campo de conhecimento [...] (Docente 1 – IES A).

Percebemos nos relatos acima que a Saúde Coletiva e a Terapia Ocupacional Social, como campos de conhecimento, pesquisa e de práticas, foram abordadas como responsáveis pelo pensamento crítico que permitiram, em parte, às docentes terapeutas

ocupacionais dilataram o escopo da profissão para além de um modelo clínico-biológico, como descrito por Soares (1991).

3.2.1.2 Graduação em Terapia Ocupacional pós SUS

As docentes que representam o grupo de trajetória de formação em terapia ocupacional pós SUS, tiveram a finalização da sua graduação a partir de 1997, nessa época já tínhamos a Estratégia de Saúde da Família, o financiamento e as diretrizes estruturados para essa estratégia por meio da NOB/1996 (BRASIL, 1996a) e, em relação ao cuidado em saúde na APS, o Brasil encontrava-se, na fase de descentralização dos serviços.

Em relação à formação (educação superior e a graduação de terapeutas ocupacionais), essas docentes vivenciaram as mudanças promovidas pela LDB/1996 (BRASIL, 1996b) e pelas discussões e formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional em 2002 (BRASIL, 2002). Além da organização docente via a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO).

A aproximação dessas docentes aos conteúdos da APS ocorreu por meio de disciplinas como Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde Mental como podemos ver na descrição realizada sobre suas *Trajetórias na Graduação*:

Eu não tive nenhuma disciplina específica relacionada à Atenção Primária. Mas, esse tema foi abordado na minha formação diluída em outras disciplinas, quando eu tive o SUS em noções de saúde pública (Docente 5 – IES B).

Eu tive algumas disciplinas que passavam pelo campo transversal da Atenção Primária, que tinha uma perspectiva da saúde mental [...] muito aplicada às questões próprias da Atenção Primária eu tive a disciplina de saúde coletiva (Docente 16 – IES I).

Durante a minha formação, a disciplina mais próxima à APS que nós tivemos e que não era específica da Terapia Ocupacional foi Saúde Pública (Docente 9 – IES E).

Na minha formação, eu tive uma única disciplina, que se chamava Noções de Saúde Pública, uma disciplina mais voltada para a discussão das políticas de saúde e a Atenção Básica em Saúde era um tópico dentro dela. Naquele momento, em 1998, era um tópico bem pequeno (Docente 4 – IES B).

Durante a minha formação eu tive a disciplina de saúde pública [única que discuti APS], então eu aprendi basicamente os princípios do

SUS, as leis que regem, as principais ações que realiza (Docente 10 – IES F).

Outro aspecto que provocou a aproximação das docentes com a APS foi a realização de estágios no contexto territorial e comunitário, seja em UBS, centros comunitários ou em Unidades de Saúde da Família.

Durante a minha formação eu não tive uma disciplina relacionada à APS, mas ao longo dos estágios [no centro comunitário] mais especificamente, foi quando eu tive maior experiência com isso (Docente 14 – IES H).

[...] Um dos meus estágios foi em uma UBS, inclusive estávamos começando a pensar o serviço de Terapia Ocupacional dentro dessa UBS e, de uma maneira muito particular, pensando no modo como as pessoas faziam uso daquele serviço, então fazíamos um pouco grupo, íamos nos inserindo em alguns grupos que a Enfermagem já fazia, então, grupo de caminhada para hipertensos, grupo de pacientes com diabetes e pensávamos em quais poderiam ser as contribuições da Terapia Ocupacional [...] Eu acho que o [estágio da UBS] me ajudou muito a sair um pouco da lógica da ação da Terapia Ocupacional por um setting terapêutico específico, me ajudou a pensar a prática da Terapia Ocupacional na comunidade [...] eu olho para esse sujeito de uma forma um pouco mais ampliada e é, porque eu tive que fazer isso lá na UBS (Docente 12 – IES H).

[...] Efetuei um estágio no último período da faculdade, no qual fizemos uma vivência no Posto de Saúde, no PSF, fizemos atendimento domiciliar e grupos (Docente 10 – IES F).

Essas experiências na graduação já traziam a utilização de ferramentas importantes para terapia ocupacional na APS como a estratégia de acompanhamento em grupo sendo utilizada fora das instituições tradicionais em que a terapia ocupacional atuava como centros de reabilitação, instituições filantrópicas e serviços de saúde mental.

O conhecimento e o manejo do trabalho com grupos são essenciais na formação e no trabalho do terapeuta ocupacional na APS, por ser esse um potente instrumento de experimentação de convivência social e para promover, por meio de coletivos afetivamente significativos, a circulação e a participação das pessoas de forma mais ativa em suas comunidades (NICOLAU, 2015). Além disso, os grupos na APS constituem-se como espaços de desenvolvimento de ações educativas, focalizadas para grupos populacionais de maiores riscos em relação a questões comportamentais, alimentares e/ou ambientais, sendo que essas ações podem interferir nos problemas de saúde mais frequentes em cada território (FURLAN, 2015).

Outro aspecto importante, presente na trajetória das docentes, e que provoca contribuições para à formação do terapeuta ocupacional na APS é a estratégia de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC). Como podemos notar nas seguintes falas:

[...] Eu fiz estágio de disfunção física com enfoque em RBC, que tinha como uma das frentes de atuação uma unidade de saúde, então eu fiz parte do meu estágio de disfunção física na UBS, voltado principalmente à atenção de pessoas com deficiência física e tínhamos trabalhos de atenção domiciliar, de grupo e de acompanhamento do trabalho da unidade (Docente 4 – IES B).

Eu participei de um estágio supervisionado, que era Reabilitação Baseada na Comunidade. Eu tenho certeza que muito do que eu aprendi [na graduação], eu acabo utilizando com os alunos. Muitas discussões e práticas da graduação em Terapia Ocupacional na [APS] com RBC (Docente 13 – IES H).

A RBC pode contribuir para a formação de terapeutas ocupacionais ao passo que consiga, com a reflexão crítica sobre as práticas convencionais de reabilitação, sensibilizar o fazer e o desenvolvimento da participação comunitária construindo um olhar diferenciado sobre a deficiência, as incapacidades e as desvantagens sociais vividas por pessoas em seu contexto social e cultural (OLIVER et al., 2004; OLIVER; ALMEIDA, 2007).

Também aparece na trajetória das docentes o contato com as questões do envelhecimento e da gerontologia no contexto da APS.

Eu me formei em 2005 e no currículo já existia, no último ano, uma disciplina que era relacionada à Atenção Primária. Tive também [estágio], mas não era diretamente relacionado aos centros de saúde ou às USF, o foco era a gerontologia e aí a gente ia até a unidade de saúde, mais para desenvolver o trabalho voltado para gerontologia (Docente 11 – IES G).

Na graduação: a gente tinha o desenvolvimento de ações em rede o que incluíam ações na Atenção Básica, especificamente um grupo de idosos em uma Unidade Básica de Saúde (Docente 3 – IES B).

Convém destacar, que em estudo de uma revisão sistemática da literatura sobre os efeitos longitudinais do desempenho de atividades sociais, produtivas e de lazer no envelhecimento realizado por Dias, Duarte e Lebrão (2010) foram encontradas diferentes características presentes nas atividades sociais, produtivas e de lazer, que exerceram efeito importante sobre a redução da mortalidade, reafirmando a importância de sua inclusão em programas de promoção à saúde e de reabilitação direcionados a idosos. Essas contribuições parecem ser sensíveis à terapia ocupacional na APS, visto

que o terapeuta ocupacional poderá contribuir por meio de suas diferentes atividades e tecnologias para o envelhecimento ativo e para a manutenção da capacidade funcional de idosos na APS, como também para proporcionar um cotidiano significativo para essa população.

3.2.1.3 Trajetórias na prática profissional

Mesmo que no estado de São Paulo tenha havido diferentes momentos em relação à implantação de serviços da APS, na cidade de São Paulo se iniciou tardiamente a municipalização dos serviços de saúde, somente com a gestão de Marta Suplicy, em 2001. Tal situação decorre, porque a construção do SUS, iniciada na gestão municipal de Luiza Erundina (1989-1992), fora abortada pela absoluta contradição sanitária, o PAS, de Paulo Maluf e Celso Pitta (LANCETTI; GOUVÊA, 2013).

Na cidade de São Paulo, no início dos anos 2000, começam então, os projetos Qualis/PSF vinculados à Fundação Zerbini e ao Hospital Santa Marcelina. O projeto Qualis/PSF da Fundação Zerbini, liderado pelo importante sanitarista, David Capistrano, desenvolveu iniciativas de renovação do sistema de saúde a partir do reconhecimento das necessidades, da participação popular e da formação de conselhos locais de saúde (LANCETTI; GOUVÊA, 2013).

Quanto a esse aspecto histórico, cabe destacar a aproximação das terapeutas ocupacionais docentes com a APS junto ao projeto Qualis/PSF, seja por meio da prática profissional ou da pesquisa.

Em 2000, eu fui trabalhar na Atenção Primária e eu fiquei na Atenção Primária até 2010 na Saúde da Família, que ainda estava começando o Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, que era o projeto Qualis. Na minha formação de Terapia Ocupacional, eu tive que aprender a questionar o mundo, aprender a ver o mundo de uma outra maneira, não aceitar respostas prontas, a ter uma outra visão, então isso foi uma coisa que me ajudou, enquanto eu estava na prática na atenção básica, a procurar outros caminhos, outras maneiras de intervenção (Docente 5 – IES B).

Quando eu fui fazer o mestrado, era o início da implementação, na época, do Programa de Saúde da Família no estado de São Paulo. Então o início ali dos anos 2000, eram as primeiras equipes sendo implementadas e eu fui fazer o mestrado sobre isso, com o enfoque na educação popular (Docente 4 – IES B).

A prática profissional no SUS construiu o pertencimento que influencia as docentes terapeutas ocupacionais a promoverem a formação de futuros terapeutas ocupacionais para APS, como destacado a seguir:

Eu só trabalhei no SUS, e com certeza essa [prática profissional] é guia de todo meu pensar como uma profissional de saúde coletiva e como uma profissional do SUS e influencia até o que eu sou hoje, como eu fui me construindo como terapeuta ocupacional dentro do SUS, e agora na docência na atenção primária (Docente 1 – IES A).

A trajetória de formação profissional e acadêmica das docentes terapeutas ocupacionais na APS demonstra que a terapia ocupacional vem promovendo diálogos com esse campo, desde o processo da Reforma Sanitária (anos 1970 e 1980) até os dias atuais. Isso reforça a importância de sistematização das contribuições próprias dessa profissão para a APS, a fim de colaborar com a formação de futuros terapeutas ocupacionais.

3.2.2 AS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO NOS CAMPOS DO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, METODOLOGIAS DE ENSINO E OS CONTEÚDOS TEÓRICOS ESSENCIAIS À FORMAÇÃO PARA APS

3.2.2.1 As atividades de formação nos campos do Ensino, Pesquisa e Extensão

Cabe destacar que os cursos de terapia ocupacional das instituições participantes dessa pesquisa apresentam, desde sua criação, aproximações com o campo da APS, inicialmente de maneira incipiente e após as Diretrizes Curriculares de 2002 com maior inserção teórico prática da APS. Como podemos observar nos excertos abaixo:

Eu entendo que, desde o período que eu entrei nesse curso (isso é 1986), a APS está colocada (Docente 7 – IES C).

A mudança do currículo [em 2008], que foi de acordo com as diretrizes de mudanças curriculares do próprio MEC e do Ministério da Saúde, deu uma ênfase maior na Atenção Primária (Docente 3 – IES B).

Nossa IES A já implantou seus cursos dentro do referencial das diretrizes curriculares [de 2002], já tínhamos a preocupação em formar as pessoas para o SUS e para a atenção primária, desde 2006, quando os cursos foram implantados (Docente 1 – IES A).

O curso começou em 2002, mas, acredito que em 2006 ou 2007. Nesse ano, foi criada a disciplina de Terapia Ocupacional em Atenção Básica, que passou a fazer parte, então como uma disciplina obrigatória [atualmente ela é ofertada no terceiro ano] (Docente 8 – IES D).

O ensino da APS enquanto um campo teórico, temos há muitos anos, como uma temática dentro do ensino da saúde pública, esse conteúdo era garantido, mesmo que minimamente. Como campo prático, é interessante saber que no início dos anos 2000 começaram algumas experiências na cidade de São Paulo, acoplado no movimento do Qualis/PSF, que tinha como prioridade a Atenção Básica. E aí, abriu-se um campo de estágio (optativo) em São Paulo, que estava ligado à T.O. social, porque não tinha nenhum outro campo para se fazer um convênio. E tinha um estágio que era o Qualis em São Paulo. Que foi uma das primeiras experiências de terapeutas ocupacionais na Atenção Primária, em unidade de saúde, com viés comunitário (Docente 4 – IES B).

A Docente 4 – IES B, aponta que mesmo antes da indução das Diretrizes Curriculares de 2002 (BRASIL, 2002), a IES B já entendia o campo da APS como relevante para a área à luz da terapia ocupacional social. Esse importante campo, mobilizou fluxos que já permitiam a formação voltada para APS.

[...] Então acho que isso é uma coisa importante, que antes de todas as políticas indutoras, inclusive aquelas que alteraram o currículo, esse já era um campo de ensino prático na IES B, depois em 2008 quando o departamento decide pela mudança do currículo, aí tem uma prioridade da Atenção Básica em Saúde, como campo de práticas [mas não de estágio profissionalizante] (Docente 4 – IES B).

Na perspectiva do *Ensino*, Oliver et al. (2012) ao discutirem a formação para APS com base nos debates do grupo de trabalho sobre Formação do Terapeuta Ocupacional para APS realizados durante o I Seminário Nacional de Terapia Ocupacional em APS, em outubro de 2011, atestaram um consenso de que os cursos têm gradativamente incorporado a formação na APS, embora com variações na forma e carga horária dedicada ao campo. Essa tendência, também é observada nos diferentes relatos a seguir:

O curso é dividido por eixos específicos que são da terapia ocupacional e os eixos comuns que é o eixo o ser humano e sua dimensão biológica, o eixo do ser humano e sua inserção social e o eixo do Trabalho em Saúde (TS), a TS fala sobre território, insere o que é uma abordagem territorial, explica o que é SUS para os alunos. Eles vão entrevistar usuários de serviços de saúde e fazem trabalhos em grupos educativos. É um trabalho que o TO vai aprender a atenção básica na perspectiva interprofissional [nos 3 primeiros anos de

formação]. Depois no estágio em APS, trabalhamos bastante o específico [TO] nesse campo e eu tenho um enfoque da abordagem territorial e comunitária mais voltada para pessoas com deficiência [no estágio] (Docente 1 – IES A).

Com conteúdos teóricos e práticos já vinculados a alguma atuação do estudante na entrevista, na avaliação, na proposta de intervenção junto aos usuários da APS temos a disciplina específica [Terapia Ocupacional em Atenção Básica no terceiro ano], e tem outras disciplinas que estão organizados por ciclos de vida, como espaços de observação ou de práticas, que contemplam não só a Atenção Primária, mas como outros níveis de atenção (Docente 8 – IES D).

Os alunos fazem visita domiciliar [na APS] durante quatro semanas, acompanhados de uma docente para construção de um projeto terapêutico [...] fazemos o genograma e o ecomapa junto com essas famílias, a partir da história que o sujeito contou [...] ao final os estudantes apresentam para a equipe da ESF, para que sejam pensadas propostas para aquela família [...] eu acho que essa é uma ação do terapeuta ocupacional, porque avaliamos o contexto ocupacional do sujeito por meio dessas atividades (Docente 17, IES D)

No segundo ano os alunos vão para a Atenção Básica. Eles são divididos em quatro subgrupos e divididos em seis Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família. A gente tem privilegiado que sejam Unidades de Saúde da Família, esses alunos, eles são acompanhados no campo por um preceptor, que é um terapeuta ocupacional vinculado à rede de Atenção Básica, e aqui na universidade, eles recebem a supervisão de um facilitador, no caso sou eu, para fazer a reflexão sobre essa prática (Docente 3 – IES B).

Também é apresentada pelas docentes uma característica de realizar a formação para APS, sem a necessidade de um componente curricular específico de terapia ocupacional na APS. Vejamos:

Não temos uma disciplina de atenção primária. Mas, não entendemos isso como um problema, ao contrário. Eu dou o estágio voltado a questões de pessoas com deficiência física. Tem um foco mais na deficiência física, mas quando os meus alunos estão lá na UBS nós temos que atender o que vem, se vier um caso de um problema de saúde mental vai ter que atender. Porque eu não posso conceber uma atenção primária especializada, tem que ser abrangente. Hoje, fazemos órteses, fazemos adaptação de cadeiras [...] (Docente 6 – IES C).

Todos os professores acabam falando de Atenção Primária. Tem uma professora que ela não é terapeuta ocupacional, ela leciona Atenção Primária aos alunos, mas a gente acaba tentando amarrar a Atenção Primária em todas as disciplinas possíveis (Docente 13 – IES H).

Essas diversas experiências nos possibilitam visualizar a construção das estratégias de cuidado que estamos proporcionando para atuação do terapeuta ocupacional nos serviços de APS (OLIVER et al., 2012). Por outro lado, ao vermos a

heterogeneidade de propostas, entendemos que a discussão transversal da APS durante a formação, atrelada à aglutinação dos saberes necessários à formação para esse contexto, por meio de um componente curricular específico seja um caminho relevante a ser discutido e viabilizado no ensino.

No campo da *Pesquisa*, observa-se a presença das docentes terapeutas ocupacionais em grupos de pesquisa que envolvem a APS, além da possibilidade do desenvolvimento de pesquisas da terapia ocupacional na APS por meio de Programa de Pós-Graduação.

Dentro da pesquisa, estou como docente e pesquisadora de um grupo chamado Laboratório de Estudos e Pesquisas em Formação e Trabalho em Saúde (LEPETS), estamos realizando um estudo chamado de Redes de Cuidado em Saúde, e estamos estudando como que as equipes da APS pensam o cuidado em saúde e o cuidado em rede (Docente 1 – IES A).

Como aqui na IES B temos o Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO), a Atenção Básica também está aberta para pesquisa no PPGTO (Docente 3 – IES B).

As pesquisas, nas quais eu estou envolvida têm interface com a questão da saúde pública, mais especificamente da Atenção Primária, elas estão no nível da pós-graduação (Docente 4 – IES B).

Fazemos oficina de dança [na APS], é um espaço de convivência para idosos, percebemos por meio de pesquisa que a relação saúde doença deles, melhorou muito (Docente 17, IES D).

Participo de um grupo de pesquisa que aborda os contextos psicossociais e se contemplam as pesquisas na Atenção Básica, mas não especificamente (Docente 8 – IES D).

O PET – Saúde, mesmo sendo um dispositivo de reorientação da formação do campo da extensão, aparece nos relatos das docentes como um importante indutor para a realização de pesquisas no campo da APS.

A pesquisa funciona muito em função dos projetos de extensão e também pelas Iniciações Científicas (IC). Eu tenho trabalhado com o PET/materno infantil, tenho feito pesquisas sobre essa clientela de mulheres, de gestantes e de crianças (Docente 2 – IES A).

Tem uma pesquisa que estamos terminando agora que é sobre acesso, acessibilidade e ambiência que foi junto com os alunos do PET [...] Desenvolvemos também uma pesquisa sobre o cuidado com os bebês de risco (Docente 6 – IES C).

Como percebemos, algumas possibilidades de pesquisa foram trilhadas no campo da APS e da terapia ocupacional, além disso, as docentes abordaram a necessidade de ampliar a realização de pesquisas nesse contexto.

Quanto à pesquisa: fazemos bem pouco. E isso é uma coisa que eu sempre falo com os alunos e faço a minha *mea culpa*, que é o quanto que a Terapia Ocupacional podia contribuir mais com produção científica, até para dizer, desse nosso lugar, da onde a gente está falando. E aqui, a gente tem produzido pouca coisa (Docente 12 – IES H).

Com relação à pesquisa, a gente ainda tem que crescer muito, eu acho que tem que fazer mais pesquisa, é, eu acho que tem uma questão de hora-aula de contratação que infelizmente a gente não tem uma dedicação exclusiva e aí eu tenho dois empregos, ((risos)) a gente acaba se dividindo, mas aqui a faculdade, ela preza muito que a gente consiga usar os três pilares (Docente 13 - IES H).

Eu acho que dos três âmbitos da universidade, se a gente for pensar, eu acho que deixa a desejar um pouco na questão da pesquisa, Eu acho que, a gente não tem, até pelo próprio perfil do aluno, eu acho que por ser uma universidade, onde o perfil do aluno é que eles trabalham, então se envolvem pouco em projetos de extensão e de iniciação científica (Docente 16 – IES I).

Como percebemos, nas falas das Docentes 13 e 16, há uma necessidade de ampliação na realização das pesquisas, no entanto, o perfil de contratação docente e do estudante que trabalha e estuda também são desafios para a ampliação da produção científica na área.

No campo da *Extensão*, os projetos apresentados são bem diversos e isso demonstra uma dispersão quanto às contribuições da terapia ocupacional para APS. Por outro lado, entendemos que a extensão é uma estratégia de comunicação com a sociedade que busca responder às necessidades de cada território, da formação discente ou da educação permanente de profissionais.

A maior parte dos projetos de extensão [da APS] está voltada para a capacitação e a educação permanente dos profissionais (Docente 3 – IES B).

Na extensão, temos a Rede de Bem Estar e pegamos os casos mais necessitados de apoio do território para fazer um processo de acompanhamento [...] Uma outra extensão, que se chama Baú de Histórias, trabalhamos com as crianças da sala de espera e os alunos da graduação constroem com sucata e material de baixo custo, histórias, cenários e vai para a unidade básica contar isso e despertar

principalmente o interesse dos pais [para o brincar] (Docente 2 – IES A).

Já tivemos [como extensão] um grupo de convivência de artesanato na unidade, depois a equipe tocou sozinha [...] temos também um grupo de perdas e lutos [...] (Docente 17, IES D).

Na Extensão, temos vários projetos que contemplam algumas ações nas unidades de saúde, por exemplo, um dos projetos que eu coordeno é vinculado a um grupo de agentes comunitários em uma determinada unidade de saúde (Docente 8 – IES D).

Eu tenho um projeto de extensão que acontece na estratégia saúde da família do município, dentro da linha de cuidado materno-infantil. A gente faz o acompanhamento de gestantes e bebês, a gente utiliza de algumas avaliações por que a gente tenta articular junto com a extensão, a pesquisa. Agora nós estamos começando outro projeto de extensão que ainda está no começo, que é com pacientes hipertensos e diabéticos. Tem até uma pesquisa que está articulada com ele que é para prevenção de pé diabético (Docente 9 – IES E).

Temos uma ação bacana – eu vou defender porque eu sou professora (extensionista) [...] já tem três ou quatro anos que vamos para distritos do município que tem uma população bem carente de serviço primário mesmo, de Atenção Primária, então os alunos conseguem perceber um pouco [do contexto]. Quanto ao perfil de carência da comunidade, conseguimos desenvolver atividades que instrumentalizem essa população, para que eles possam assumir os papéis enquanto cidadãos e brigarem pelos seus direitos e brigarem por um serviço mais adequado (Docente 12 – IES H).

Também foram citadas, no campo da Extensão, estratégias indutoras da APS pelo Ministério da Saúde como o PET-Saúde e o Ver-SUS. Essas estratégias possibilitam aos estudantes de terapia ocupacional o contato com alunos de outras formações e com o cotidiano dos serviços da APS (OLIVER et al., 2012).

Quando você tem o PET e tem também uma política que claramente coloca a atenção básica no centro do interesse e como uma estratégia importante para desenvolver o próprio SUS, embora isso seja uma afirmação que está lá, desde a década de 1960 colocada que a atenção básica é o caminho para o desenvolvimento de um sistema de saúde que seja universal, que seja equitativo (Docente 7 – IES C).

Vários deles [alunos] conseguimos fazer com que participassem do Ver-SUS durante a formação, durante o terceiro ano (Docente 9 – IES E).

É importante destacar que o PET-Saúde, nas perspectivas de Fonsêca e Junqueira (2014), contribui para potencializar nos estudantes, a compreensão

compartilhada de problemáticas e necessidades de saúde, bem como o cuidado de pessoas e famílias no nível local.

3.2.2.2 Metodologias de Ensino Aprendizagem

Atualmente, na área da saúde, surgem questionamentos sobre as metodologias de ensino e sobre o perfil da formação do profissional, sobretudo, com inquietações relativas à tendência de especialização precoce e ao ensino caracterizado por parâmetros curriculares baseados no modelo biomédico (MITRE et al., 2008).

Nesse sentido, faz-se necessário como apontou Conterno (2013) a problematização sobre as metodologias de ensino na formação do campo da saúde, visto que esse elemento é importante para a construção do SUS e para a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde à população.

Além disso, essa temática vem ganhando destaque no interior do Ministério da Saúde e da Educação por meio de diferentes propostas e iniciativas envolvendo a formação dos profissionais de saúde.

Diante desse contexto, as docentes expressaram diferentes aspectos sobre as metodologias de ensino aprendizagem com o foco na formação do estudante de terapia ocupacional para APS, tais como o uso de Metodologias Ativas; Metodologia “Tradicional” e Ensino Baseado em Evidências de Artigos Científicos. Além disso, também houve uma crítica à universalização do modelo de metodologia ativa e construtivista como uma tendência universal para a formação de profissionais de saúde na APS. Esses diferentes aspectos são discutidos a seguir.

3.2.2.3 Metodologias ativas de ensino aprendizagem

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o estudante, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas (MITRE et al., 2008). Esse tipo de estratégia é exposto pelas docentes na formação dos terapeutas ocupacionais para APS.

Do ponto de vista metodológico temos tido como referencial não só para a Atenção Primária, mas para o curso como um todo, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem (Docente 3 – IES B).

Trabalhamos com metodologias ativas, o propósito é que o aluno vá descobrindo, damos o conteúdo teórico, ele vai para a prática vivenciar o que ele viu na teoria, só que essa vivência é muito maior, por que conseguimos explorar muito mais, por que estamos em campo, com as pessoas que trabalham nesse universo, estamos com os pacientes. Acaba sendo sempre alguma coisa muito maior, mais explorada (Docente 2 – IES A).

3.2.2.4 Metodologia “tradicional”

As IES que não adotaram os pressupostos pedagógicos inovadores oficiais (a partir das induções do Pró-Saúde, por exemplo) passaram a ser chamadas de tradicionais. E o não falar, não escrever ou não defender as possíveis vantagens das metodologias ativas passou a ser quase um delito no campo da formação de profissionais de saúde (CONTERNO, 2013). Esse aspecto, se repete no discurso, exposto abaixo:

A (IES E) é uma Universidade que trabalha com a metodologia tradicional. Então, as aulas são planejadas dentro de uma metodologia mais tradicional. Porém, eu gosto bastante de utilizar metodologias ativas. Não tem como modificar e dizer que “eu aplico metodologias ativas”, por que não é uma proposta da Universidade. Para eu aplicar metodologias ativas, de forma geral, eu teria que ter uma mudança não só no meu planejamento, mas também na estrutura de aula, na estrutura da turma, na estrutura da Universidade (Docente 9 – IES E).

Por outro lado, temos professoras que relataram utilizar diversas estratégias metodológicas na formação do estudante para a APS. Em relação ao aspecto “tradicional” esse ficou restrito a metodologia de lecionar aulas, como podemos observar na seguinte fala.

Sempre abordamos vários tipos de metodologias, temos aula expositiva tradicional, onde o professor leva o conteúdo através de data show e slides, temos uma parte onde utilizamos a discussão de textos, fazemos debates, principalmente na parte de legislação, debatemos com os alunos a questão dos direitos que foram conquistados e o que é hoje cumprido ou vigente [...] Eu utilizo seminários de dramatizações para auxiliar no entendimento dos níveis de atenção, para eles saberem diferenciar eu levo vários casos e eles têm que representar nos diversos níveis (Docente 10 – IES F).

3.2.2.5 Ensino baseado em evidências de artigos científicos¹¹

A contribuição do acúmulo teórico no campo da terapia ocupacional na APS poderá provocar movimentos para a produção de cuidado com qualidade nos cotidianos de encontro entre terapeutas ocupacionais e a população. Mas, essa maneira não pode ser a única forma de se trabalhar a formação de terapeutas ocupacionais para APS.

A prática [na APS] é muito recente para os terapeutas ocupacionais, buscamos sempre embasamento em artigos [discussão de artigos], bibliografia recente para discutir com as alunas e aí depois tentamos identificar pontos de ação para a prática (Docente 11 – IES G).

A nossa estratégia de aproximar da [APS] é a partir do uso que eles têm dos serviços e da discussão de artigos científicos, então temos uma estruturação teórica, até do ponto de vista de alguns conceitos e tudo mais que precisam ser dados em aula estruturada [...] (Docente 12 – IES H).

Eu utilizo muito a articulação teórico-prática até pela questão da própria carga horária das disciplinas e do curso, elas serem bastante reduzidas, eu acho que os recursos metodológicos, as metodologias que empregamos vão suprir um pouco dessa carga horária que deixa a desejar um pouco [...] (Docente 16 – IES I).

Nós não trabalhamos com supervisão de texto. Não damos texto prévio. No estágio [deficiência física na APS] não damos nenhum texto. É a prática, tem que fazer. Nós não definimos o texto. Na medida em que vamos fazendo o estágio, “Ah surgiu uma dúvida em relação a inclusão escolar”, então vamos pegar uma discussão sobre inclusão escolar e vamos trazer para cá (Docente 6 – IES C).

Diante disso, trazemos a contribuição de Bassi (2012) que ao discutir os aspectos referentes à formação e à prática do terapeuta ocupacional na APS, alegou que muitos profissionais da área passaram a remodelar o seu trabalho na APS por meio dos estudos e experiências acumuladas.

3.2.2.6 Crítica à universalização do modelo de metodologia ativa na formação

Conterno (2013) compartilha da crítica à universalização da metodologia ativa como indispensável à formação dos profissionais de saúde. Essa crítica é exposta pelo seguinte relato:

¹¹ Essa subcategoria foi identificada pelas docentes, mas fazemos a ressalva que o ensino se fundamenta na literatura científica e esta não é por si só uma metodologia de ensino aprendizagem.

Essa discussão sobre [metodologia de ensino aprendizagem] é bem cara para mim, porque na educação a forma de ensinar e de aprender é um debate antigo, mas atualmente o modelo “correto” tem que estar baseado na pedagogia construtivista e nas metodologias ativas. Faço essa discussão na minha tese e concluo que nesse modelo a figura do professor desaparece. Outros elementos compõem o cenário: tutor e preceptor, que devem intermediar o aprendiz. Não compartilho com a ideia da aprendizagem centrada na figura do aluno, excluindo o professor dessa relação. Não acredito que se o aluno tiver alguma orientação, a partir das suas necessidades/interesses, por si só ele aprenderá. Já tive e, continuo tendo, grandes professores, como Prof. Gastão, Prof. Merhy, Profa. Marisa Bittar, Profa. Roseli Esquerdo Lopes, enfim daria para citar muitos outros. Às vezes na aula, o professor fala e o aluno ouve/repensa seus conceitos e, nem por isso, deixa de existir o aprendiz, pelo contrário, sustentam o conhecimento. A profa. Marisa Bittar diz: “cuidado para não jogar a criança junto com a água”. Penso que tem muita coisa equivocada, inclusive no discurso de incluir Paulo Freire nesse modelo (Docente 15 – IES I).

Referente ao equívoco de citar Paulo Freire nos programas de reorientação da formação profissional, Conterno (2013), aponta que é necessário reconhecer a relevante produção teórica do educador, mas é fundamental entender que o seu principal objetivo foi organizar um método de ensino para adultos analfabetos e não para o ensino formal ou superior.

Dessa forma, é preciso cautela para que os processos formativos direcionados para APS, não venham a fortalecer a lógica de um sistema de saúde de atendimento restrito a serviços de baixo custo, destinado a maioria da população, voltados mais às atitudes pessoais e menos ao domínio do conhecimento já produzido (CONTERNO, 2013).

3.2.2.7 Conteúdos teóricos essenciais à formação para APS

Em 1978 com o consenso alcançado na Assembleia Mundial de Saúde, os princípios da APS foram enunciados na conferência realizada em Alma Ata, no Cazaquistão. Essa conferência especificou os componentes fundamentais da APS que eram: educação em saúde; saneamento ambiental; especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis; inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Esse histórico internacional, juntamente ao estudo da Reforma Sanitária e a institucionalização do SUS são abordados pela Docente 1 – IES, como conteúdos essenciais à formação do terapeuta ocupacional para APS.

Primeiro conhecer o que é a atenção primária, tanto o movimento internacional, a questão de Alma Ata, o próprio histórico da formação do SUS, que no Brasil ele é bem peculiar, como por exemplo o conceito de integralidade (Docente 1 – IES A).

Na formação é essencial conhecer a organização do SUS e da APS, visto que, em determinadas situações, esse conhecimento dos profissionais de saúde e dos usuários, como ainda acontece no Brasil, é um tanto confuso o que não favorece o reconhecimento da sua devida importância (CAMPOS et al., 2008). Essa confusão não parece ser diferente no contexto de formação dos terapeutas ocupacionais para APS como aborda a Docente 12 – IES H.

Conhecer da política pública de saúde, [é estudar o SUS e identificar o nosso papel em cada lugar] entender como é que os serviços estão estruturados de fato, por exemplo, quando vamos trabalhar com algumas comunidades, elas não conseguem entender a diferença entre um serviço de Pronto Atendimento e uma UBS, por exemplo, muitas vezes, nós profissionais também não sabemos fazer essa diferença (Docente 12 – IES H).

Saber dos princípios do SUS é essencial [...] (Docente 17, IES D).

Para sólida compreensão da APS dentro do SUS há necessidade de estudo teórico em profundidade sobre política pública, sobre a sociedade e o controle social como apontados pelas Docente 4 – IES B e Docente 15 – IES I.

É fundamental a discussão sobre a questão da política de saúde e uma compreensão da política pública, uma compreensão teórica, uma compreensão que nos faça entender qual é o lugar da saúde nesta sociedade que tem essa contradição de uma mensagem mercadológica e prevalente do sistema privado de saúde e o direito constitucional da questão universal do direito à saúde [...] o estudo do funcionamento da sociedade, o estudo do papel do profissional nesta sociedade, eu acho que isso é fundamental para falarmos de uma atuação profissional no SUS, seja lá em que nível for, seja lá na Atenção Primária [...] (Docente 4 – IES B).

[...] Eu acho que o aluno precisa ter uma formação política, conhecer quais são as diretrizes para a organização da saúde no município, como se faz o controle social, precisa ter conhecimento da história da saúde pública e do SUS. A Atenção Básica é a porta de entrada do

usuário, então essa lógica precisa ser construída com ele e com a comunidade e é o profissional da saúde quem vai provocar essa mudança (Docente 15 – IES I).

A Docente 7 – IES C apontou caminhos essenciais para a formação do terapeuta ocupacional no campo da compreensão do SUS e da APS.

Eu acho essencial você levar o estudante a ter uma compreensão do sistema como um todo, menos do que uma ideia de que o SUS é para uma população que não tem acesso a outras formas de saúde [que eu acho que essa ainda é uma ideia predominante em muitos cursos, a de que trabalhar no SUS é trabalhar com pessoas que não têm dinheiro para comprar outras coisas] o que coloca aí no pensamento uma certa forma de ver essa população e o próprio trabalho. Então eu acho que colocar o estudante em contato com o que é o SUS, da história que gestou o SUS, dos princípios que foram elaborados a partir de uma certa crítica ao modelo anterior. O SUS não é apenas um sistema do ponto de vista do seu funcionamento de instituições e tal, mas como um projeto de cidadania, é um projeto que, gestado a partir de uma crítica à sociedade, se coloca desse modo [...] (Docente 7 – IES C).

Além desse caminho de compreensão referido anteriormente, alia-se a compreensão da educação popular e do conhecimento do território como articulação essencial à formação, como propõem a Docente 8 – IES D e a Docente 15 – IES I.

Usar da educação popular, conhecer esse território, conhecer a cultura desse território para desenvolver ações junto com a população, a comunidade. Pensar território, como um instrumento que usamos na saúde, que é a territorialização [...] (Docente 8 – IES D).

Pensar o sujeito no território, as questões que ele vive com a sua patologia, as dificuldades, que nem sempre estão voltadas para a doença, suas relações com as pessoas do bairro, ao seu papel social (Docente 15 – IES I).

A APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, “cura” e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. O cuidado à saúde na APS fica próximo do contexto das pessoas, uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde (STARFIELD, 2002).

Para essa abordagem da APS, faz-se necessário à formação dos terapeutas ocupacionais, a compreensão dos temas listados a seguir pelas Docentes.

A palavra acolhimento mais do que em qualquer outro lugar eu acho que na atenção básica para a porta de entrada é fundamental. A questão da longitudinalidade é um desafio enorme, e eu acho que é uma coisa para pensarmos também, como um instrumento muito importante na atenção básica (Docente 7 – IES C).

A compreensão da continuidade do cuidado, atenção comunitária e familiar [...] trabalho em equipe [...] a necessidade do usuário [...] e a intersetorialidade (Docente 1 – IES A).

Diante do apresentado até aqui, é salutar abordar o contexto atual de desafios da APS na formação dos terapeutas ocupacionais. Dessa forma, mesmo que a APS tenha avançado no Brasil, incorporando práticas de territorialização, com maior vínculo, envolvimento comunitário e o acompanhamento de prioridades programáticas, esta encontra-se com o nó crítico no acesso, há dificuldades na estrutura física e nas equipes, com fragilidades na gestão e no financiamento e na organização das redes de serviços. Esses fatores podem vir a comprometer a integralidade das ações não só da APS, como também do SUS e a formação de futuros profissionais (CONILL, 2008).

3.2.2.8 Campo da Terapia Ocupacional na APS

Nos anos 2000 vimos emergir reflexões sobre a atuação do terapeuta ocupacional nos serviços comunitários e territoriais no campo da saúde, incluindo a APS. Tal afirmação é decorrente do resultado do levantamento bibliográfico realizado nessa pesquisa, com o intuito de conhecer a discussão registrada pela terapia ocupacional sobre a formação e a intervenção na APS. Essa constatação é presente também no estudo de Bassi, Malfitano e Bianchi (2012) que encontrou 21 artigos completos sobre APS nas revistas científicas específicas de terapia ocupacional no país, essas autoras identificaram uma tendência crescente da profissão na APS.

Em nosso levantamento bibliográfico sobre a terapia ocupacional na APS, realizado nos mesmos periódicos do estudo de Bassi, Malfitano e Bianchi (2012) entre os anos de 2012 e 2014, identificamos a presença de 21 artigos. Fato que demonstra o recente crescimento de publicações nesse campo. Mesmo que a Docente 1 – IES A tenha relatado a existência de pouca literatura na área.

Na questão da terapia ocupacional, temos pouca literatura, eu sinto que temos mais artigos na RBC e no trabalho com pessoas com deficiência do que na saúde mental na atenção primária (Docente 1 – IES A).

Mesmo com o aumento das produções, nota-se ainda que o campo da APS para o terapeuta ocupacional possui ainda uma literatura incipiente, mas com uma tendência de maior acúmulo em pesquisas, intervenções e desenvolvimento específicos (BASSI; MALFITANO; BIANCHI, 2012).

No bojo, do pequeno, mas crescente número de publicações sobre a terapia ocupacional na APS convém destacar as especificidades desse núcleo profissional, que se constitui como um campo emergente de atuação do profissional (BAISSIA; MAXTA, 2013).

Desse modo, percebemos que as docentes elencaram como conteúdos essenciais à formação, as especificidades do núcleo profissional da terapia ocupacional, como podemos perceber nos relatos a seguir.

Dentro da TO trabalhar o cotidiano, o uso do tempo, ocupações significativas (Docente 1 – IES A).

Alguns dispositivos que são do núcleo da TO que podem ajudar muito a trazer conceitos que nos são caros como o cotidiano, como a vida ocupacional desses sujeitos e pensar isso no território. Saber o que é estratégia de Saúde da Família, território e integralidade, clínica ampliada, campo e núcleo, equipe de referência, Projeto Terapêutico Singular (PTS), por exemplo, qual é a singularidade da TO em relação a esse conceito. Na construção do PTS pensamos como organizar um plano de intervenção terapêutico ocupacional (Docente 3 – IES B).

Na Atenção Primária você trabalha com grupos, você trabalha com a comunidade, essa habilidade também é bastante importante. Disso decorre também a habilidade de trabalhar em equipe multiprofissional. Outra coisa que eu acho que é bem importante é a questão da formação em relação à compreensão do que é cotidiano e as atividades de vida diária (Docente 5 - IES B).

Como abordado pelas docentes, o cotidiano aparece como um conteúdo essencial à formação do terapeuta ocupacional para APS, visto que esse nível assistencial faz parte do cotidiano de cuidado em saúde da população.

Dessa forma, é possível entender que interessa à terapia ocupacional o que as pessoas fazem, como usam o tempo, onde vão, quais são seus desejos, como o contexto social facilita ou dificulta o engajamento das pessoas em diferentes atividades, como se constrói a vida cotidiana dos sujeitos. Cada cotidiano é particular, ele é construído conforme a singularidade e a realidade vivida no contexto social. Portanto, a compreensão, a construção e a transformação da vida cotidiana (SALLES;

MATSUKURA, 2013), podem se apresentar como recursos no cuidado em terapia ocupacional na APS.

Além disso, as docentes relataram diferentes conteúdos necessários à formação de terapeutas ocupacionais para APS, o que pode estar ligado ao caráter generalista do campo da APS e ao histórico da profissão por suas intervenções no campo da reabilitação física e da saúde mental.

[Sobre o estágio em deficiência física] Para o aluno se construir na APS, eu acho que ele precisa trazer tudo o que ele tem. Ele tem que trazer o que ele sabe de dinâmica de grupo, o que ele sabe de saúde mental, o que ele sabe de relações familiares o que ele sabe de atividade, o que ele sabe de órtese, o que ele sabe de Bobath, manipulação corporal, o que ele sabe de quadros clínicos. É um mosaico, é uma composição. E essa composição só pode ser possível diante da necessidade do usuário (Docente 6 – IES C).

Eu posso saber o que é TO, mas eu tenho que saber para que a profissão serve [...] então vejo que o terapeuta ocupacional vai instrumentalizar a autonomia do sujeito [na APS] [...] vai criar espaços de vivência e de bem-estar [...] nós vamos promover o cinema, mas temos que saber fazer uma escuta da depressão, é um cuidado biopsicossocial, mas com muito respeito ao cultural (Docente 17, IES D).

Essa construção generalista é essencial à formação, porque vai embasar as práticas do terapeuta ocupacional nos espaços internos do serviço de APS, nos ambientes domiciliares e nos contextos comunitários (BAISSIA; MAXTA, 2013).

Outros conteúdos essenciais à formação partem da compreensão das políticas públicas de saúde da APS e dos dispositivos desse nível assistencial, que contemplam a presença do terapeuta ocupacional. São eles: o NASF, o Consultório na Rua e a Atenção Domiciliar. Além disso, é necessário conhecer as ferramentas de trabalho desse campo como: apoio matricial, clínica ampliada e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Compreender os dispositivos da APS que o TO está inserido do ponto de vista da portaria ministerial, o que seria o NASF, o consultório na rua e a atenção domiciliar. É imprescindível para o TO entender o que é apoio matricial, porque esse fundamentalmente é o conceito que estamos sendo convidados a ocupar para Atenção Básica (Docente 3 – IES B).

O estudante tem que ter noção dos programas ministeriais para ele poder se inserir enquanto profissional [...] O estudante precisa ter ideia sobre o processo saúde-doença-cuidado, sobre a clínica ampliada, sobre o PTS. Ter noção do que é e quais são os equipamentos de

saúde, como é a gestão desse equipamento, conhecer a rede, como esse cuidado é dentro da rede (Docente 2 – IES A).

Esses destaques sobre a compreensão das políticas públicas foram alvos da pesquisa de Beirão e Alves (2010) que sistematizaram o conteúdo existente na legislação em saúde vigente à época, contribuindo para o conhecimento da inserção da terapia ocupacional no SUS. Uma vez que as portarias abordam a incorporação do profissional em diversos contextos de intervenção, embora estas não sejam fatores determinantes de sua inclusão no sistema. Nesse sentido, as autoras, encontraram a presença da profissão, na maioria dos casos em nível de reabilitação (alta complexidade), notando pouco destaque para a regulamentação da profissão na APS, mesmo sendo esse nível assistencial de grande resolutividade no sistema (BEIRÃO; ALVES, 2010).

Outros aspectos importantes são a formação generalista em terapia ocupacional para APS e a interface com o campo específico da terapia ocupacional social. Esses aspectos são colocados pelas docentes.

Sempre procuro afirmar qual diferença faz ter um TO na APS, qual é o núcleo da TO nesse espaço da APS, que é tão generalista, que tem as fronteiras tão borradas (Docente 3 – IES B).

Então, é difícil discutirmos o que é social, o que é Atenção Primária em Saúde, porque têm conteúdos semelhantes, o estudante tem que entender que tem coisas que são específicas de uma área e de outra, mas têm que entender as articulações possíveis entre esses dois campos (Docente 8 – IES D).

A problemática da heterogeneidade de conceituação do campo social na terapia ocupacional e a sobreposição com outro campo de atuação, que tem recebido grande destaque para a formação prática em saúde, a APS, apresentam repercussões na formação teórica e prática. Dessa forma, é válido entender que o território e a situação de vulnerabilidade social não são suficientes para definir uma ação técnica profissional. Assim, faz-se necessário que se analise com profundidade os objetivos e os métodos das intervenções no campo social e na APS e, igualmente, os saberes e os conhecimentos que norteiam as ações em cada área (LOPES; PAN, 2013).

3.2.3 ACOMPANHAMENTO DOS ESTUDANTES NOS SERVIÇOS DE FORMAÇÃO PRÁTICA E SUA MODALIDADE DE GESTÃO

Por meio da descrição das docentes sobre o acompanhamento dos estudantes no cenário real da APS, buscamos entender as estratégias presentes nesse componente teórico prático, visto sua relevância para a formação do terapeuta ocupacional.

Do mesmo modo, convém apontar as modalidades de gestão dos serviços que recebem os estudantes nos contextos de práticas, visto que essas modalidades podem provocar rebatimentos na ordenação da formação na APS.

Assim, iremos explorar, no início da análise dessa categoria, as estratégias de acompanhamento dos estudantes na APS e em seguida destacaremos os apontamentos das docentes sobre as modalidades de gestão dos serviços da APS.

3.2.3.1 Acompanhamento dos estudantes e a presença do terapeuta ocupacional no cenário de prática

Sobre o contexto de acompanhamento dos estudantes na APS, várias docentes mencionaram-no como espaço de vulnerabilidade. Em relação a esse tema, Castel (2008) percorre o caminho do espaço social para declarar, *a vulnerabilidade*, como fruto do estabelecimento de um sistema de relações entre a degradação da situação econômica e social de um lado, e, de outro, a desestabilização dos modos de vida dos grupos, que estão face a face com as problemáticas sociais.

Castel (2008) entende que esse espaço social é composto por zonas, marcadas pela situação de vulnerabilidade ou integração em que as pessoas vivem, essas seriam a zona de integração em que há trabalho permanente e rede de suporte social forte; a zona de vulnerabilidade quando há relação entre a precariedade do trabalho e fragilidade na rede de suporte social, a zona de desfiliação em que existe ausência de trabalho e de relações sociais e a zona de assistência explicitada pela expulsão do trabalho e inserção social. Esse autor enfatiza que a precarização do trabalho produz o processo que alimenta a vulnerabilidade social e produz, no final do percurso, o desemprego e a desfiliação.

Com esse contexto, o estado torna-se o principal suporte e a principal proteção à vulnerabilidade. Nesse sentido, Oliveira e Furlan (2008), afirmam que o conceito de vulnerabilidade de Castel é útil para pensarmos como as práticas de saúde têm se

organizado (e podem organizar-se) nos territórios e nos serviços deles participantes. Como também é favorável ao desenvolvimento de processos formativos na APS, já que esse nível assistencial se encontra próximo à vivência social das pessoas.

Assim, percebemos que a vulnerabilidade está presente no contexto da APS e é relatada pelas docentes, como podemos observar nos excertos abaixo:

Estamos em áreas de maior vulnerabilidade, em algumas unidades de saúde da família (Docente 1 – IES A).

Estamos em uma unidade que é de um bairro socialmente/culturalmente considerado prejudicado porque tem a questão do tráfico (Docente 9 – IES E).

Temos o estágio que é específico na Unidade Básica de Saúde, em uma região bem empobrecida da cidade (Docente 11 – IES G).

Quanto ao acompanhamento dos alunos, tenho tentado sensibilizá-los para esse contexto [referindo-se ao contexto vulnerável]. Como cuidar das pessoas (Docente 15 – IES I).

O local de prática é no território, aqui próximo à universidade, que é um território bastante vulnerável em termos de acesso (Docente 16 – IES I).

Diante disso, percebemos a importância de refletir sobre a orientação da formação graduada para a APS, já que levar os estudantes à APS os faz perceber uma realidade da qual, às vezes, estão distantes. Essa aproximação pode provocar nos alunos a construção de um cuidado higienista nesse encontro entre pessoas vindas de contextos diferentes, o que torna necessária a discussão dessa problemática na formação (CECCIM, 2014).

Esse cuidado higienista pode ser provocado pelo o que Freire (1983) chamou de invasão cultural (onde um sujeito que invade o espaço histórico-cultural do outro, sobrepõe sua visão de mundo aos indivíduos por meio de relações autoritárias). Dessa maneira, a saída para esse processo perverso seria promover a comunicação e diálogo, de uma maneira que esses não possam ser rompidos pela relação entre pensamento-linguagem-contexto ou realidade, então deveria haver comunicação entre a universidade e a população nesse contato dos estudantes com os serviços de APS e seus territórios.

Em decorrência desse contato dos alunos com diferentes territórios da APS, algumas docentes destacaram esse lugar como promotor de possibilidades na formação, ao passo que provocam o contato com o saber popular; com o pensar a saúde como

direito público; com a necessidade de articulações intersetoriais e com a ampliação do conceito de saúde.

Outro aspecto é você entrar em contato direto com o saber popular dos agentes comunitários de saúde, com uma equipe interdisciplinar que está pensando problemáticas que nem sempre a TO pensou (Docente 3 – IES B).

De fato, o SUS é recente, mas observamos poucos esforços na sua defesa. Acho que essa é uma questão importantíssima na formação do terapeuta ocupacional, que vendo os outros estudantes das outras áreas, a gente está na frente. Pelo menos é o que eu vejo aqui (Docente 15 – IES I).

Pela própria constituição de vulnerabilidades [do território de práticas], temos como parceira, uma instituição que é uma espécie de associação de moradores e que ela vai desempenhando vários papéis na vida daquelas pessoas. Mesmo porque vamos de sábado, então o dia que a gente tem, pensando até na própria questão dos alunos que também têm essa característica de trabalhar. Então a gente criou isso aos sábados, temos dificuldade de fazer a articulação com o serviço de saúde, mas os próprios moradores do bairro acabam sendo esse suporte, agimos pela questão do empoderamento, de pensar as próprias lideranças e pensar a própria comunidade. Podendo as pessoas se corresponsabilizarem pelo cuidado em saúde (Docente 16 – IES I).

Temos parceria com o CRAS que é muito recente, aconteceu na semana passada uma reunião entre a psicóloga responsável do CRAS e nós [do estágio de TO na APS] (Docente 10 – IES F).

É engraçado, no começo, a gente fazia uma questão muito voltada ao atendimento, pensando em saúde, mas muito na questão física. E agora a gente já consegue ampliar esse olhar da Terapia Ocupacional para uma saúde em geral. Pensando na funcionalidade e na apropriação do indivíduo daquele espaço (Docente 13 – IES H).

Nas considerações apontadas anteriormente sobre a formação de terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS, vemos que o aprendizado é proporcionado aos estudantes por meio da produção de encontros entre eles e as pessoas, as famílias e as comunidades.

Nesse sentido, as autoras Bravo, Cyrino e Azevedo (2014) percebem esses encontros na formação, como um espaço, que pode possibilitar a troca de saberes, percebendo o outro como portador de conhecimento distinto, onde se caminha para o desenvolvimento do cuidado qualificado na APS.

Além do mais, esse encontro é ratificado como importante também pelos relatos das docentes.

O que eu acho que é uma coisa essencial, é um saber como se relacionar com o outro. Como realmente produzir um encontro, um encontro verdadeiro. E eu estou chamando um encontro verdadeiro exatamente como o Merhy fala, quero dizer, aquele encontro que afeta a ambos, que os dois saem de fato afetados, não é uma coisa (Docente 7 – IES C).

É preciso ter empatia e para ter empatia é preciso ter vivência na comunidade e respeito a diversidade (Docente 17, IES D).

Esses encontros são mediados pelo acompanhamento docente ou de preceptores no contexto de formação prática na APS, em que se provoca a formação do papel político do estudante, como enfatizado pela Docente 1 – IES A.

Você tem que ter muito claro [no estágio de TO na APS] o papel do que é o SUS, e do papel político que os profissionais de saúde possuem na formação dos estudantes, não é um favor que eles estão fazendo, isso ajuda a qualificar essa assistência e está junto desses profissionais, é um papel do docente. O docente tem que fazer um papel com os alunos e também com as equipes (Docente 1 – IES A).

Identificamos nos relatos que o acompanhamento dos estudantes é realizado por docentes, preceptores e técnicos vinculados às IES. A seguir demonstramos os relatos das docentes que acompanham os estudantes:

Mostramos junto com os estudantes como é o atendimento da TO [para a equipe da ESF] por meio de casos, das atividades do cotidiano, da autonomia dentro de casa, do se locomover sozinho, então mostramos que não somos o fisioterapeuta, que temos um núcleo de conhecimentos [...] Não há a presença de terapeutas ocupacionais na rede de assistência na atenção primária, quem desempenha o papel docente são os professores (Docente 1 – IES A).

Eu trabalho junto com os estudantes mais dentro da unidade, dando apoio aos serviços e às ações, então nós temos grupos dentro da unidade básica. [Trabalhamos] no domicílio, no território e dentro da unidade [...] Você consegue proporcionar o contato dos estudantes com outros trabalhos e serviços e fazer um trabalho em rede, um trabalho intersetorial [...] Não tem preceptores, eu estou há aproximadamente 4 anos no estágio e não tenho muito tempo para outras coisas, por que o estágio consome muito tempo (Docente 2 – IES A).

O curso entende o espaço da APS como um espaço importante na formação, entendemos ainda, que a gente carece de recursos para implementar de uma forma mais efetiva, porque acaba contando só com os nossos recursos humanos, dois docentes envolvidos e uma técnica, mas não temos terapeuta ocupacional na rede e não temos terapeutas ocupacionais vinculados, por exemplo, à [IES D] que possa

ser preceptor [...] Fazemos com os estudantes uma territorialização na área de abrangência da unidade de saúde. Podemos fazer visita domiciliar [...] (Docente 8 – IES D).

Selecionamos alguns casos para fazer o plano terapêutico singular junto com os alunos, a gente divide tarefas, isso envolve não só os nossos alunos, envolve toda unidade – estão o agente de saúde e o trio gestor, a médica, a enfermeira, o dentista, as auxiliares de enfermagem. Todos acabam participando bastante das nossas intervenções na unidade [...] Eles não têm a responsabilidade (TO do NASF), burocrática para estar, mas eles fazem parte também da nossa estratégia ali enquanto estágio [...] (Docente 9 – IES E).

[...] Os alunos não fazem nenhuma ação que não passe por mim [docente] ou que eu não tenha conhecimento. Eu que divido quem vai em qual casa, perfil de paciente com o perfil de aluno, nos grupos também todas as ações desenvolvidas por eles, eles têm que bolar qual ação que vão desenvolver. O acompanhamento dos estudantes é direto, nos atendimentos domiciliares cada dia eu vou com um aluno em uma casa, e assim eu vou passando aos poucos em todos (Docente 10 – IES F).

O acompanhamento também é realizado por preceptores, a presença dessa figura no contexto de formação de terapeutas ocupacionais é escassa, visto até mesmo a pequena inserção desses profissionais na APS. Esse profissional é contemplado nas seguintes falas:

Há presença de 6 TO na APS, duas no NASF e 4 em distritos de saúde nas USF. Os alunos têm formações muito distintas dependendo do preceptor, porque esse preceptor vai estar refém daquela unidade que pode ser totalmente diferente da outra. As diferenças e singularidade entre as unidades são superimportantes e eu valorizo, mas, é, as possibilidades de formação, elas precisariam ser um pouco mais equalizadas, essa eu acho que é uma limitação e a outra limitação é que, de fato, como não há um plano da ação da TO na rede [e na APS], o plano da preceptoria, ele também fica fragilizado porque aí a gente tem preceptoras que participam muito ativamente do processo, e outras, menos ativamente (Docente 3 – IES B).

Temos 2 TO do NASF na UBS [onde acontece o estágio], é bastante, mas, [elas não fazem supervisão dos alunos]. A técnica da [IES C], que faz esse papel de supervisionar. Não fizemos parceria com as TO do NASF, nós fizemos parceria com o NASF. Pensando no trabalho interprofissional [...] Fazemos grupo de bebês de risco, fazemos o acompanhamento dos trabalhadores da UBS (atendimento de acupuntura com os profissionais). Nossos alunos não são acupunturistas e nem vão aprender acupuntura no estágio, mas eles fazem uma prática corporal antes ou depois do grupo de acupuntura com essas pessoas que usufruem do serviço de acupuntura. Além disso, melhoramos a ambiência da UBS (Docente 6 – IES C).

Frente ao processo de acompanhamento, as docentes identificaram desafios, como podemos verificar nos depoimentos que se sucedem:

A equipe da ESF não sabe o que é TO (Docente 1 – IES A).

Dentro de uma unidade básica, não existe o lugar do terapeuta ocupacional [...] (Docente 2 – IES A).

Na rede de APS do município, não temos terapeutas ocupacionais (Docente 17, IES D).

O nosso incômodo é porque são duas horas-aulas, então, assim, o máximo que o aluno consegue fazer é entrar em contato mesmo, que também é importante, as primeiras práticas são vivências. Essa relação com o usuário, o vínculo, a gente não consegue fazer muito, eu sinto falta desse espaço para a gente poder fazer essa articulação entre teoria e prática com o aluno (Docente 16 – IES I).

Questionamentos dos alunos [sobre a TO na APS]: Fazer visita domiciliar no paciente sem nenhum objeto de atividade prática, é terapia ocupacional? Então essas questões vinham muito à tona e isso foi muito rico, muito produtivo (Docente 11 – IES G).

Não tinha TO na APS, o que dificultava muito também a nossa entrada e, assim, por mais que existissem essas limitações, eu acho que, durante o processo que eu permaneci na supervisão [como docente] e tudo, foi muito proveitoso, a questão da terapia ocupacional (Docente 11 – IES G).

O processo de acompanhamento se demonstra complexo, devido à diversidade de contextos. Essa problemática requer esforços de diversas ordens para que haja equalização de interesses sobre a formação de terapeutas ocupacionais, seja a partir das IES, dos docentes, dos estudantes, dos técnicos, dos preceptores, da comunidade e da gestão municipal de saúde, que compartilha os espaços de seus serviços com a formação de diversos profissionais de saúde e que realiza a contratação de profissionais para o campo da APS.

3.2.3.2 Modalidades de gestão dos serviços que recebem os estudantes nos contextos de práticas e estágios

Ao partimos da premissa que é necessária a aproximação entre a construção da gestão pública descentralizada do SUS e a educação dos profissionais de saúde, chegamos à ideia de articulação do trabalho em saúde, da gestão e da formação de

futuros profissionais, assentada sobre o desafio da gestão pública do setor da saúde de ordenar políticas de formação, como prevê o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As docentes participantes dessa pesquisa identificaram três modalidades de gestão dos serviços (*Administração Pública; Organizações Sociais e Fundações das IES*) onde são desenvolvidas a formação prática e os estágios profissionalizantes dos estudantes de terapia ocupacional. Porém, não geraram uma discussão sobre o quanto a presença de fragilidades na relação entre a gestão dos serviços de APS e as IES compromete a formação dos estudantes e o desenvolvimento do cuidado na APS. Essas fragilidades se apresentam, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), sobre a ausência do debate entre as IES, que promovem a formação dos profissionais de saúde e a gestão dos sistemas e serviços, que realizam o cuidado em saúde.

As docentes apresentaram como uma das modalidades de gestão a *administração pública* dos serviços de APS e a Docente 3 – IES B destacou a presença de espaços de construção conjunta para a formação dos estudantes de terapia ocupacional. Mesmo que no contexto de sua fala, tenha relatado que esses espaços tinham sofrido uma quebra, devido à descontinuidade político-administrativa, fruto da alternância do comando político no município.

A organização dos serviços é via administração direta. Temos basicamente dois fóruns, que produzem a produção conjunta entre a instituição de ensino e os serviços da APS, um deles é o encontro de preceptores, que fazemos mensalmente com todos os preceptores dividindo esse encontro em que parte da carga horária é destinada a discussões pedagógicas, avaliação dos alunos, construção conjunta de ementas e temas, etc. E uma outra parte é utilizada para educação permanente dos preceptores desenvolvendo temas que eles escolhem para gente desenvolver na formação (Docente 3 – IES B).

A gestão da APS é via administração direta (Docente 10 – IES F).

Uma outra modalidade de administração dos serviços de APS apresentada pelas docentes foi a de gestão por *Organizações Sociais (OS)*. Essa modalidade de gestão caracteriza-se pela desconcentração de serviços para a esfera não estatal (CARNEIRO JUNIOR; ELIAS, 2006), o que provoca uma contradição para implementação do SUS.

Administração desses centros de saúde, da estratégia de saúde da família, ela é realizada por organizações sociais infelizmente (Docente 11 – IES G).

A gestão dos serviços é via OS (Docente 13 – IES H).

A gestão do município é mista, existe algumas pessoas do município que são contratadas via concurso público, diretamente da prefeitura, e tem uma instituição também que acaba fazendo contratos terceirizados de alguns funcionários. Os profissionais do NASF são contratados por esta instituição, então eles não são concursados via prefeitura, outros profissionais que compõem a equipe da atenção primária é via essa organização social (Docente 9 – IES E).

Eu acho que no caso particular do município temos essa presença das OS, que, aliás, agora está passando por uma baita de uma crise, que é a questão das OS em relação aos vários distritos [...] A história mostra que essas OS muitas vezes não tiveram a participação na construção do SUS, não fizeram parte de uma compreensão de um projeto como é SUS. Então elas não podem vir com essa perspectiva (Docente 7 – IES C).

Já a gestão da APS dos municípios das IES C, D e H é realizada pelas *Fundações das IES*, que administram os serviços de saúde e os Centros de Saúde Escola, como uma modalidade de serviço para atender às demandas de formação de seus estudantes da área de saúde como também prestam assistência à saúde da população de seus territórios.

Dessa forma, percebe-se que muitos serviços próprios das instituições acadêmicas estão estruturados de acordo com uma lógica própria e interna, mais vinculada às demandas da pesquisa, da extensão e do ensino do que às demandas reais para funcionar como referência e contra referência à rede de serviços do SUS (CAMPOS et al., 2000). Sobre isso, a Docente 7 – IES C, relata um aspecto sobre a origem histórica desse modelo de gestão.

No começo quando se iniciou a negociação entre a IES e o município, tinha essa ideia de que a universidade sabe como fazer. Por que muitas OS são ligadas hoje às universidades ou às instituições de ensino, essa ideia inicial eu vi muito ela ser gestada nas instâncias em que eu participava alguns anos atrás (Docente 7 – IES C).

Ainda sobre as modalidades de gestão, algumas docentes apontaram uma tendência para que os serviços de APS sejam administrados por OS. Como podemos perceber nas falas abaixo:

A gestão é via administração direta. Mas, acho que a tendência é que alguns serviços sejam por administração de OS (Docente 1 – IES A).

A lógica é que a saúde coletiva seja organizada pelas Organizações Sociais fica cada vez mais evidente na política do município. O

Conselho Municipal de Saúde é bastante retrógrado, a maioria dos conselheiros tem pouco conhecimento do SUS, não há participação popular, os estudantes desconhecem a existência do Conselho. E aí a população, claro que deseja ter seguro saúde, é o sonho de todo brasileiro. Mesmo os estudantes universitários, a maioria desconhece e/ou nunca participou de reunião, nem mesmo foi a um serviço de saúde (Docente 15 – IES I).

A gestão dos serviços de saúde mental é iniciativa das organizações sociais, eu sei que elas estão gerindo alguns CAPS, e algumas residências terapêuticas, eu acho que são duas organizações sociais. Elas aparecem nesse cenário do desmonte dos manicômios, mas eu tenho a impressão de que é uma coisa que tende a aumentar e tende a ir para o serviço de Atenção Primária também (Docente 16 – IES I).

A modalidade de gestão por OS está centrada no modelo gerencialista e na desresponsabilização do Estado para construir programas e políticas para atender uma parcela expressiva dos direitos sociais conquistados. Essa polarização entre a administração direta e a desresponsabilização estatal embotou a busca de alternativas que, respeitando os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e do SUS, fossem capazes de superar os problemas do cuidado à saúde e assegurassem efetividade, qualidade e eficiência nos serviços prestados pelo SUS, como também na formação de profissionais de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Nesse sentido, a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado. Assim, serão necessários novos mecanismos de luta pelo planejamento e gestão públicos para que os serviços possam ser cenários de aprendizagem do SUS e para o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Já no campo da terapia ocupacional, Lopes et al. (2008) identificaram como problemáticas em relação à formação: a necessidade de discutir junto à gestão o aumento de técnicos, terapeutas ocupacionais, para executar as políticas sociais e que a frequente alternância na gestão pública é uma grande dificuldade para manutenção de projetos, convênios e parcerias para o ensino.

Dessa forma, percebemos que o campo da gestão dos serviços engloba questões de ordem macro política sobre o papel do estado na realização das políticas sociais e que a presença de diferentes modalidades de gestão dos serviços da APS, onde são desenvolvidas as atividades de formação de terapeutas ocupacionais, provoca rebatimentos, que pelo caráter exploratório desse estudo, não conseguimos dimensionar, o que requer outras pesquisas que tragam à tona essa problemática.

3.2.4 PERSPECTIVAS DO CUIDADO NA APS E DO CUIDADO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA APS: contribuições à formação

Para iluminar as perspectivas de cuidado das docentes, vemos em Merhy (2004) a inspiração para pensar a produção do cuidado da terapia ocupacional na APS.

No campo da saúde, o objeto não é a “cura”, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a “cura” e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir. Nos últimos séculos, o campo da saúde foi se constituindo como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi se tornando hegemônico. Mas, mesmo dentro desse modo particular de agir tecnicamente na produção do cuidado, nesses anos todos, há uma enorme multiplicidade de maneiras ou modelos de ação (MERHY, 2004, p. 108)

Diante dessa multiplicidade de maneiras e modelos de ação de cuidado e da hegemonia do cuidado médico também no campo da APS, abordamos nessa categoria as perspectivas das docentes sobre o cuidado realizado na APS e sobre o cuidado terapêutico ocupacional na APS com vistas a explorar essas contribuições para promover referenciais para a formação de terapeutas ocupacionais na produção do cuidado na APS.

3.2.4.1 Perspectivas do cuidado na APS

Bárbara Starfield (2002) define a APS como o nível de assistência à saúde, responsável pela entrada preferencial no sistema de pessoas que necessitam de cuidado. A Docente 11 – IES G imagina a APS nessa mesma perspectiva.

Eu imagino que a Atenção Primária é a porta de entrada inicial para o cuidado (Docente 11 – IES G).

Em contraposição a essas perspectivas, a Docente 12 – IES H enxerga a APS como “porta de passagem” para o cuidado em outro serviço. Isso é ratificado pela Docente 15 – IES I, quando atesta que os serviços de APS apenas atendem “demanda espontânea”, o que reforça o “modelo curativo” como expresso pela Docente 16 – IES I.

[...] A Atenção Primária, é onde o sujeito deveria ser acolhido, deveria ser entendido, ele precisa ser contextualizado ali naquele serviço e ele

não é. A Atenção Primária hoje é quase que uma porta de passagem, você passa por aqui, daí você vai para algum outro lugar, que o seu problema é cuidado em outro lugar (Docente 12 – IES H).

Cuidado na APS, aqui no município a situação é bem caótica, a tentativa é de promover ações na linha do cuidado. Mas, a maioria dos serviços somente atende demanda espontânea não tem nem mapeamento dos sujeitos em situação de risco (Docente 15 – IES I).

Os próprios profissionais têm uma dificuldade grande de entender a proposta da Atenção Primária e da função de cada profissional no cuidado, falando da equipe como um todo, e acaba muito mais reproduzindo aquele modelo curativo mesmo (Docente 16 – IES I).

Mesmo que a realidade apontada mostre contradição quanto à concepção de APS, foi dito que a APS é um espaço de olhar e cuidar da maioria das necessidades em saúde das pessoas, que é um espaço que cuida de pessoas saudáveis e que o cuidado nesse nível assistencial não pode ser somente medicalizante e deve ser realizado por meio da perspectiva intersetorial de ações.

Eu acho que cuidado em saúde [na APS] é você de fato olhar as necessidades e ter respostas mais objetivas possíveis. Eu não sou muito a favor do encaminhamento. Acho que 80% a 90% dos casos você resolve no território (Docente 6 – IES C).

No campo da atenção primária, tem pessoas saudáveis que vão tomar vacina ou vão fazer um acompanhamento de rotina, pensar que a atenção primária propicia, ações de promoção de saúde e de qualidade de vida, cuidados de alimentação saudável, atividade física. Pensar também que todos os profissionais da APS têm que ampliar a consciência sanitária dos usuários, a APS é um espaço de escuta de necessidade, então todo profissional de APS, tem que ter um olhar sobre o que é saúde e o que são necessidades de saúde e, ao mesmo tempo que você escuta a necessidade você cria respostas assistenciais. A APS, ao mesmo tempo que cabe tudo, mas também é um problema sobre o controlar de mais a vida das pessoas, quando você diz como a pessoa tem que se comportar o que ela tem que comer, tem que ter esse cuidado para não tirar autonomia das pessoas para a sua vida e de suas escolhas, então para mim o cuidado em saúde é ampliar a capacidade da pessoa de se perceber, perceber necessidades e claro dá instrumentos, e se ela não quer ter uma vida sedentária, quer reduzir o colesterol dela, como ajudá-la? Não somente com remédio, mas ela entender que ela pode ter um corpo mais saudável, envelhecer de uma forma mais saudável (Docente 1 – IES A).

Eu fico achando que a chance de a gente ter uma Atenção Primária em Saúde efetiva, com o cuidado que ela pode ter, é realmente receber a demanda da população e buscar uma ação em rede para o seu cuidado [...] Eu acho que um cuidado que não poderia ser é um cuidado medicalizante na APS (Docente 4 – IES B).

Esses elementos de reflexão nos levam à análise sobre o cuidado na APS por meio dos quatro componentes fundamentais definidos por Starfield (2002). São eles: o reconhecimento das necessidades em saúde pelo primeiro contato das pessoas com o serviço, a longitudinalidade que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, a integralidade pela produção de cuidado que envolva diferentes tipos de serviços e a coordenação do cuidado realizada por meio do trabalho em equipe. Esses componentes também foram abordados pelas docentes nos excertos de suas falas:

Eu partiria dos próprios princípios do SUS, dar oportunidades para que todas as pessoas tenham acesso aos serviços prestados e que isso aconteça de uma forma integral. E quando eu digo integral é que eles tenham acesso a todos os serviços e para todos os contextos aos quais eles pertencem (Docente 10 – IES F).

O cuidado na Atenção Primária, ele tem alguns princípios, que, na realidade, reforçam os princípios do SUS. Então um dos primeiros princípios é o cuidado longitudinal, que, na verdade, a Atenção Primária, ela tem que se haver com isso, porque isso acontece. Então o sujeito, ele só vai deixar de ser cuidado por você se ele se mudar, se ele vir a óbito. A corresponsabilidade do cuidado é, então, um princípio importante, porque não é um cuidado só de um profissional, é o cuidado de uma equipe, e não é só daquele serviço, a APS também tem essa responsabilidade de articular os outros serviços que aquela pessoa precisa para o cuidado, e isso tem a ver com a questão da clínica ampliada que é um dos princípios da humanização. O outro princípio é o do matriciamento, que acho que tem a ver com a questão de compartilhar os saberes, primeiro na equipe em que se trabalha e também com a comunidade (Docente 5 – IES B).

O cuidado na APS hoje, ele está conseguindo avançar para termos aquelas metas que foram prioritariamente estabelecidas pela constituição do SUS, metas da integralidade, da longitudinalidade do cuidado, da ampliação do acesso, da cobertura de assistência, da produção de vínculo com o território. Acho que esses são cuidados que a Atenção Primária conseguiu ampliar. Hoje eu acho que conseguimos ampliar para um tratamento que enfoca uma ação em saúde de tratamento e de reabilitação também na Atenção Básica (Docente 3 – IES B).

A presença de críticas e dos preceitos da APS nos depoimentos das docentes é positiva, já que esse nível assistencial possui, *alta complexidade tecnológica*, e exige formação específica aos profissionais que nele trabalham. Essa aproximação conceitual com APS já na formação em terapia ocupacional pode potencializar uma maior apreensão desse lugar.

Nesse sentido, como forma de nos aproximarmos do cenário brasileiro, que enfrenta dificuldades em propor uma APS abrangente com a presença dos componentes descritos por Starfield, concordamos com Campos et al. (2008) que afirmam a necessidade de que sejam estabelecidas diretrizes organizacionais para que a APS cumpra seu devido papel. Seriam elas o acolhimento à necessidade em saúde e a busca ativa com avaliação de vulnerabilidade; a clínica ampliada e compartilhada, envolvendo características biológicas, subjetivas e sociais através do compartilhamento do cuidado; ações de saúde coletiva por meio de atividades de cunho preventivo e de promoção de saúde no território; participação na gestão (co-gestão) que permite o controle social e o diferencial democrático da gestão dos serviços.

Além do caminho importante apontado por Campos et al. (2008), as docentes apresentaram como potência do cuidado nesse nível assistencial, a possibilidade de utilização dos recursos comunitários como uma estratégia de proximidade com o cotidiano de vida das pessoas.

Para o cuidado na APS é fundamental a gente saber da história daquela comunidade, saber a regionalização, cada lugar tem uma demanda e tem as suas especificidades. Eu vejo que a gente tem que conhecer um pouco daquele lugar, é difícil, por mais que eu tenha isso no discurso, a gente não consegue fazer isso na prática. Conhecer um pouco da história, das relações daquele lugar, um pouco da cultura, embora a gente tenha uma cultura muito maior, mas a gente tem também uma forma de ver que as pessoas verem o mundo e as relações e as coisas de uma forma diferenciada, então, assim, a gente consegue fazer um pouco disso, conhecendo os usuários porque eles são daquela região (Docente 14 – IES H).

E que eu acho que ainda em alguns momentos eu vejo as pessoas entenderem que a atenção básica não tem recursos, quase como se fosse uma ideia de que “ah, esse é o espaço que está desprovido de recursos”, e não a ideia de que nele se encontram outros recursos, e conhecer quais são esses outros recursos: os recursos que a comunidade tem, os recursos que a estrutura tem, que o equipamento tem, os recursos que você como pessoa deve também saber. O fato de você saber realmente quais são os problemas e quais são as potências da comunidade, mudar um tanto dessa visão que hegemonicamente a gente tem de que a comunidade é só privação, a comunidade é só pobreza, a comunidade é só fragilidade, mas se você conseguir realmente se aproximar daquilo que é a vida das pessoas no seu dia a dia e nas suas possibilidades de produção, seja produção de saúde, seja de cultura, seja de arte, seja de trabalho eu acho que isso é de uma riqueza inominável para a [APS] (Docente 7 – IES C).

O outro destaque vai para a possibilidade do cuidado na APS ser realizado tanto pela atenção à família como às pessoas de maneira individualizada.

[Na APS] eu vejo o cuidado centrado em dois eixos, um é pensar a atenção à família, porque estamos na saúde da família, então pensar, as ações dessa equipe, olhando para essa família no sentido de entender esse contexto. E um outro eixo, pensando no cuidado, mais vinculado às pessoas que estão naquele território (Docente 8 – IES D).

Assim, com os depoimentos das docentes percebemos que o cuidado na APS deve ser um cuidado contínuo, entretanto, esse cuidado não consegue ser sempre efetivo. Além disso, essas docentes percebem que o cuidado na APS não precisa ser apenas medicalizante e deve ser estendido para as pessoas, famílias e comunidades com apoio no entendimento do cotidiano e do seu território, com respostas às necessidades de maneira individualizada e em articulação intersetorial.

3.2.4.2 O cuidado de terapeutas ocupacionais na APS

Para nos aproximarmos do campo de cuidados específicos realizados na APS convidamos as docentes a discorrem sobre o que seria o cuidado da terapia ocupacional na APS. O escopo construído pelas docentes nos possibilitou projetar horizontes e perspectivas para a efetiva inserção da terapia ocupacional com contribuições próprias de seu núcleo profissional para a APS.

Na visão de Bassi (2012) o cuidado na APS torna-se mais inclusivo, humanizado e acolhedor com a incorporação do terapeuta ocupacional, uma vez que esse profissional pode atuar em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, reabilitação, acolhimento, tratamento diante das necessidades e demandas singulares de pessoas não tradicionalmente cuidadas pela APS, como por exemplo: as pessoas com deficiência ou as pessoas em sofrimento psíquico.

Essa perspectiva de Bassi (2012) corrobora com a fala da Docente 16 – IES I sobre a contribuição da Terapia Ocupacional para a integralidade do cuidado e com o discurso da Docente 3 – IES B sobre a dilatação do cuidado na APS para públicos que antes não eram assistidos por esse nível de atenção à saúde.

Eu acho que o terapeuta ocupacional, ele acaba fazendo com que os profissionais sintam outro jeito de fazer, que é mais nessa perspectiva da integralidade (Docente 16 – IES I).

O cuidado da TO na APS é naquilo que já é da nossa alçada há muitos anos, o pensar os casos de saúde mental, de disfunção física, de pessoas em situação mais gritante de exclusão, de idosos, enfim, agora uma outra coisa é como a TO vai a partir do seu núcleo conversar com aquilo que são os transtornos ou as problemáticas prevalentes na Atenção Básica. Como é que a TO dialoga com a diabetes, com a hipertensão, com a gestação, com o pré-natal, com as doenças infectocontagiosas, etc? Ou não, a gente não vai dialogar na Atenção Primária com essas questões (Docente 3 – IES B).

Por outro lado, mesmo com essa perspectiva de inclusão do cuidado para públicos historicamente atendidos por terapeutas ocupacionais, a Docente 4 – IES B relata que não há garantia de atenção a pessoas com deficiência ou sofrimento psíquico apenas pela presença do terapeuta ocupacional na APS.

O fato de você ter o terapeuta ocupacional na APS não significa, por exemplo, atendimento à pessoa com deficiência ou com transtorno mental, pelo contrário, na discussão geral da Atenção Primária, o atendimento a todos, a não hierarquia de populações, essas pessoas ficam de novo de fora. A entrada do terapeuta ocupacional na APS garante mais espaços para populações que normalmente estão fora da Atenção Básica em Saúde e que são populações que classicamente o terapeuta ocupacional volta o seu olhar? É a questão de não perder o núcleo profissional e trazer e fazer uma potência na Atenção Primária, que é trazer determinados grupos para serem atendidos, para ter suas demandas ali colocadas, e isso é o que eu não vejo na realidade e nem em muitas discussões da T.O [...] (Docente 4 – IES B).

Na discussão sobre os públicos a quem o terapeuta ocupacional vai direcionar o seu cuidado, vemos que a contribuição desse profissional na APS passa não somente pelo cuidado a todos, mas essencialmente pelo cuidado que contemple também as necessidades de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico (BASSI, 2012).

Temos a necessidade do desenvolvimento de competências próprias no campo da produção de cuidado na APS, nesse sentido, percebemos o *cotidiano* como constructo sensível à formação, à prática e à produção de conhecimento em terapia ocupacional, esse instrumental contribui para o cuidado integral da terapia ocupacional na APS. Assim, as docentes afirmaram:

Uma potência da Atenção Primária é que a TO introduza o cuidado no cotidiano do sujeito (Docente 3 – IES B).

Eu penso TO na APS, eu penso muito na palavra cotidiano, eu acho que quando a gente está aqui na atenção primária olhamos para o cotidiano dessa população e aonde tá, de repente, o fator de risco que vá desenvolver algum problema futuramente que vão parar lá nas

clínicas de reabilitação, aí pode ser: uma depressão, um Alzheimer, um AVC, uma situação de dependência química, de acidentes, de queimaduras. Então, por exemplo, no grupo de puericultura que temos as orientações básicas para a mãe de estimulação para a criança: é importante deixar ela fora do berço, no colchonete ou no tapete para ela se desenvolver, é importante brincar, é importante onde você deixa os objetos na sua casa para ela não sofrer nenhum acidente de queda, de queimadura, de ingerir um produto químico. Então são informações que estão ligadas ao cotidiano, então é sempre uma análise do cotidiano. Voltado a visão holística do paciente, a possibilidade de olhar para diversos contextos, a possibilidade de olhar para um ser humano que, às vezes, não apresente uma doença ou uma patologia, mas que a saúde se insere aí na prevenção e na promoção (Docente 10 – IES F).

As docentes apontam a perspectiva de conceber o cuidado contextualizado com o cotidiano de participação das pessoas nas diferentes esferas da vida. Como podemos notar abaixo:

Em relação ao cuidado específico do terapeuta ocupacional: por mais que a gente trabalhe a questão multidisciplinar, que é fundamental inclusive na discussão da construção de um Projeto Terapêutico Singular, por exemplo, eu entendo que a contribuição do terapeuta ocupacional, ela está muito em olhar para as áreas de desempenho, para as ocupações cotidianas que esse indivíduo consegue, ou que tem dificuldade, ou que não consegue realizar e para seus papéis ocupacionais. Vamos supor, a pessoa por alguma razão ela tem que fazer um cuidado sempre com curativos, ela tem lá uma ferida, uma questão crônica e envolve curativos, e, muitas vezes, o cuidado é muito focado no procedimento, “Tá higienizando adequadamente?”, “tá usando a medicação correta?”, “tá fazendo o curativo de forma correta?”, “o enfermeiro está tendo que ir lá olhar esse curativo?”, “ela vem fazer o curativo na unidade?”, mas, assim, quanto que aquela condição dela implica no cotidiano, nas tarefas que ela realiza, nas ocupações que ela tem, então ela vai cozinhar, se esse curativo é no braço, como é que é isso? “Ela vai lavar uma roupa?”, “ela vai higienizar a casa?”, “ela tem cuidado com os animais?”, “tem crianças pequenas?”, “ela consegue se cuidar?” ela tem vergonha de sair na rua por causa do curativo? Então esse olhar para o cotidiano, para o desempenho ocupacional, para essas áreas de ocupação humana, e para os papéis ocupacionais, eu acho que é a grande contribuição do T.O. E eu acho que a grande contribuição do cuidado do TO é esse olhar, e daí pensar como estimular ou como adaptar ou como modificar algumas coisas, em termos até dos papéis dos próprios familiares, de como pensar a rede de suporte social com a vizinhança, como utilizar de outros equipamentos que tem na comunidade, ou até fora dela, para a maior participação social, para maior acesso a vários serviços. Então acho que é aí que o TO contribui bastante (Docente 8 – IES D).

A terapia ocupacional nesse contexto da APS, ela vai trabalhar com o cotidiano, com o cotidiano na comunidade, que é muito diferente, por exemplo, de trabalhar em centros de reabilitação. Na Atenção

Primária a gente vive de uma maneira muito concreta o seguinte: você vai lidar com aquele sujeito, não apenas com a pessoa que chega no serviço especializado, mas com todos que moram naquela comunidade, ou seja, você não vai trabalhar só com a demanda que chega, você vai também identificar uma demanda que está lá e não chegou em lugar nenhum (Docente 5 – IES B).

O cotidiano é percebido nas falas das docentes como uma engrenagem para pensar o cuidado desenvolvido pelo profissional na APS, mas também para pensar a Terapia Ocupacional como um todo. Para iluminar essa engrenagem, lançamos mão dos estudos sobre cotidiano de Heller (2008), que aborda a vida cotidiana como a vida de todo homem, mas que não há nenhum homem, por mais insubstancial que seja, que viva tão-somente na cotidianidade, embora essa o absorva preponderantemente. Nessa mesma direção, Galheigo (2003) define que o cotidiano traz em si a marca da singularidade do sujeito, e que esse se forma a partir de suas necessidades, valores, crenças e afetos. Dessa maneira, ao percebermos a singularidade do indivíduo pelo seu cotidiano temos também acesso a sua coletividade, já que esse pertence à humanidade.

É importante ressaltar que a introdução do conceito de cotidiano nos estudos de terapia ocupacional surge, não como mais um modismo, mas como uma busca, intencional ou não, de se fazer uso de conceitos, que mais se afinem às leituras e proposições críticas da ação da terapia ocupacional (GALHEIGO, 2003). Dessa forma, esse constructo nos parece sensível ao cuidado do terapeuta ocupacional na APS.

Essa aproximação se deve, portanto, a uma posição privilegiada da APS, que permite a elaboração crítica do cotidiano do sujeito ao entender como pode se dar a relação sujeito-cotidiano-história-sociedade. Ao entender a vida cotidiana do sujeito nos é revelado o encontro da realidade exterior e da realidade psíquica, na rede das relações sociais, nas atividades costumeiras de autocuidado e automanutenção, nas manifestações de solidariedade (GALHEIGO, 2003).

As contribuições das docentes também passam pelo alinhamento do cuidado do terapeuta ocupacional com a característica do cuidado longitudinal da APS. Mas, há uma provocação sobre o cuidado longitudinal, que seria de pensá-lo sem reduzir a autonomia das pessoas. Essa provocação é emitida também pela Docente 15 – IES I.

O TO é um profissional que pode transformar muito a lógica da unidade, porque a maioria dos profissionais quer olhar para a doença, e aí a gente fica institucionalizando as pessoas seja dentro do posto de saúde, seja dentro dos CAPS, seja dentro das especialidades. Esse, não é um problema no hospital clínico, porque tem que desocupar o leito

rapidamente. A terapia ocupacional é uma profissão que ela vai lidar diretamente com o sujeito [...] O TO pode ajudar a equipe a questionar que projeto/expectativa de trabalho que os profissionais têm. Por exemplo, as unidades que promovem grupos de caminhada, por que ele precisa ser permanente? Não é preciso provocar autonomia nos sujeitos? Eu gosto muito de um texto do Everardo que ele fala que a gente olha a saúde de acordo com a nossa experiência: “quais os tipos de doença que eu já tive?”, “como é que eu fui cuidado?”, “como é que eu gostaria de ser cuidado?”, “eu fui cuidado do jeito que eu gostaria?” Tem várias sustentações teóricas que facilitam a reflexão (Docente 15 – IES I).

Esse papel de provocador do terapeuta ocupacional é característico do seu modo de cuidar das pessoas na APS. Como percebemos no relato abaixo.

Eu acho que a terapia ocupacional, ela chega muito como uma provocadora nesse campo [da APS], exatamente por entender, eu acho que o T.O. chega bastante instrumentalizado, apesar de o T.O. ter uma coisa de passar também não só pela graduação, ele sempre, acaba buscando uma coisa de se especializar. Por que muitas vezes [O Provocador], é o terapeuta ocupacional, e eu tenho visto em alguns lugares isso, quem vai fazer esse papel de “gente, vamos pensar como que a gente pode fazer”, “Como que a gente deve fazer”, “qual que é a proposta”, e de não cair mesmo nessa lógica aí de fazer do jeito que dá para fazer, então eu acho que vem olhar muito mais o sujeito, vem olhar muito mais a questão de poder fazer com que essas pessoas tenham autonomia, tenham independência, e que sejam responsáveis pelo próprio cuidado. Eu acho que, diferente dos outros profissionais, não colocando a terapia ocupacional como uma coisa maior que todas as outras profissões, eu acho que ela vem com essa perspectiva de integralidade e de conseguir fazer e efetivar a proposta da Atenção Primária, de tirar o foco da doença, de enxergar essa pessoa para além da doença, de poder pensar as questões das pessoas viverem para além daquela doença, enxergando as potencialidades, eu acho que o terapeuta ocupacional consegue fazer isso na relação com o usuário e consegue mobilizar a equipe também para fazer de alguma forma isso, seja através do apoio matricial, nos próprios momentos técnico pedagógicos, e no fazer junto, nas ações compartilhadas, junto com outros profissionais (Docente 16 – IES I).

Junto a esse papel provocador do cuidado na APS e a essa compreensão do cotidiano, temos também a contribuição das tecnologias leves como balizadora dos encontros de cuidado da terapia ocupacional na APS.

Trabalhar com os recursos da atenção básica, que eu acho que são recursos de uma densidade tecnológica diferente do nível secundário, do nível terciário que eu acho que é importante perceber como é que o terapeuta ocupacional maneja esses recursos. Aí a gente entra um pouco na linha de pensar as tecnologias leves, as tecnologias leves duras, até um tanto em algum momento, que eu acho que é uma coisa

bastante importante para uma certa prática do TO (Docente 7 – IES C).

A terapia ocupacional na APS desempenhará o cuidado por meio de diferentes estratégias, atividades, tecnologias e ferramentas de trabalho da APS para criar possibilidades do fazer humano significativo e transformador no cotidiano de vida das pessoas, seja com a finalidade de promoção da inserção ou participação social. Nessa direção, Oliveira (2008, p. 81) descreve esse cuidado da seguinte maneira - “costumo dizer que as pessoas estão em um ponto e identificam outro onde desejam chegar e a terapia ocupacional ocupa posição privilegiada na organização do percurso”.

Como maneira de proporcionar maior profundidade, trazemos especificidades da profissão na APS através dos relatos abaixo.

Então eu acho que o cuidado do TO, quero dizer assim: se eu precisar de uma cadeira adaptada, uma adequação postural em cadeira de rodas eu vou ter que saber fazer. Se eu precisar fazer um manejo de situações de relacionamento em família, eu tenho que saber fazer. Se eu precisar fazer uma interferência, uma articulação Intersetorial de maneira que a inclusão ocorra eu tenho que saber fazer. Tudo isso é técnica. Quero dizer, fazer articulação interssetorial pressupõe você saber fazer isso, e você precisa ter técnica para saber fazer isso. Fazer uma órtese também precisa ter técnica. Eu acho que são as mesmas coisas. E tudo isso é cuidado, mas o cuidado não se restringe à técnica. O cuidado prescinde de técnica, mas ele não é a técnica ele é uma articulação de ações. E essa articulação de ações ela tem que ser dentro do contexto do que a própria terapia ocupacional tem de know-how para contribuir. Então eu posso fazer uma órtese para você ao mesmo tempo estou lidando com a dinâmica dentro da família, pensando na sua inclusão dentro do trabalho do mesmo jeito que eu posso estar articulando isso junto com a equipe. Mas quando você está lá na atenção primária você vai na casa e vê a história [...] Então eu acho que a gente tem um potencial enorme na atenção primária. E hoje isso não é só para TO, o mundo inteiro está dizendo “a saída é o fortalecimento da atenção primária” (Docente 6 – IES C).

Em relação ao cuidado do TO na APS: vamos para a casa acompanhar algum paciente, se precisa adaptar alguma coisa na casa fazemos, além disso, trabalhamos muito com oficina (Docente 2 – IES A).

Na TO, eu fazia um grupo de artesanato para mulheres, em vez de colocá-las no grupo de psicoterapia, colocava no grupo de convivência e de fazer coisas, estimular assim a descobrir potencialidades, mulheres voltarem ao mercado de trabalho, pensar nas suas ocupações, ocupações mais significativas para mulheres de periferia que só estão cuidando de casa e de filhos (Docente 1 – IES A).

A gente vê mudanças muito grandes, depois que a Terapia Ocupacional entrou na unidade [...] Várias mães, no início, deixavam os recém-nascidos três, quatro, cinco meses no carrinho, no berço.

Hoje, uma mãe já orienta outra quanto à necessidade do brincar, já pode brincar com o bebê desde muito cedo (Docente 9 – IES E).

O cuidado do terapeuta ocupacional na APS é também um cuidado intersetorial e de fortalecimento de redes sociais de suporte. Esse caráter é devido ao papel que as intervenções da terapia ocupacional desempenham como elementos articuladores entre as pessoas e os diversos setores para promover a participação nos contextos da vida, esse elemento articulador é valorizado para a construção do cotidiano e da integralidade do cuidado (OLIVEIRA, 2008).

O TO vai trabalhar com grupos, prevenção, promoção de saúde, fazer articulação intersetorial com a educação, com os centros comunitários, com o conselho tutelar. Você vai lidar também com a questão da gestão do serviço, então você tem que começar a lidar com a questão do controle social, porque aí você participa de reuniões na comunidade, reuniões de conselho gestor (Docente 5 – IES B).

O TO pode fazer na APS atendimento individual, atendimento grupal, intervenção na comunidade, intervenção na ambiência, intervenção em territórios, na cidade, ações de promoção, prevenção, intersetorialidade, enfim eu acho que tem muita coisa (Docente 3 – IES B).

O terapeuta ocupacional é um profissional que poderia estar vinculado com uma lógica de ação em rede para os cuidados dessas demandas, porque a população para qual ele está olhando, normalmente, está em interfaces com diferentes temáticas, com diferentes problemáticas, com diferentes áreas para caracterizar aqueles problemas. Assim, para a natureza de trabalho que o TO faz, o cuidado na Atenção Primária em Saúde tem que passar por uma perspectiva intersetorial e em rede [...] O que o terapeuta ocupacional consegue produzir e criar em termos de ação que não seja ampliação de diagnóstico, que não seja maior aumento de encaminhamentos às questões que têm outras abordagens, que nos saberes populares têm outras possibilidades de compreensão e ação sobre aqueles problemas, e que aquilo não precise ser sinônimo de questões médicas (Docente 4 – IES B).

As docentes identificaram que o cuidado da terapia ocupacional na APS é realizado por meio das necessidades percebidas e avaliadas nos encontros e na compreensão dos cotidianos das pessoas. Esse cuidado na APS tem a possibilidade de inserção do cuidado a pessoas com deficiência e em sofrimento psíquico na APS.

O cuidado é realizado por ações do núcleo profissional e pela perspectiva de ação intersetorial e do fortalecimento de redes sociais de suporte. Além disso, o terapeuta ocupacional exerce um papel provocador na realização do cuidado em equipe com vistas à promoção da integralidade.

No entanto, percebemos que o cuidado da terapia ocupacional na APS encontra-se em construção e as contribuições das docentes fornecem elementos para o debate sobre as especificidades necessárias na formação de futuros profissionais para trabalhar no contexto da APS.

3.2.5 OS APOIOS OFERECIDOS; AS POTÊNCIAS, OS DESAFIOS E AS MUDANÇAS NECESSÁRIAS PARA FORMAÇÃO VOLTADA PARA APS

As docentes expressaram os apoios, as potências, os desafios e as mudanças necessárias para que os cursos de terapia ocupacional consigam realizar e avançar na formação voltada para a APS. Essas também relataram que seus cursos estão passando por reformulação curricular ou estão experimentando as mudanças dos currículos. Essas temáticas foram identificadas em suas falas com o foco na apresentação das potências e das problemáticas para a reflexão dos cursos de Terapia Ocupacional sobre a formação voltada para APS.

As orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional (BRASIL, 2002) e as discussões pautadas pelas comissões de ensino do MEC, pela associação da categoria, a RENETO, com representações em instâncias do Ministério da Saúde e da Educação, os eventos científicos da área e as produções teóricas têm favorecido o debate sobre a formação para a APS.

De uma maneira específica, devemos ampliar a discussão durante a formação graduada sobre a nossa inserção e o trabalho nos dispositivos da APS existentes (Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultório na Rua e Equipes de Atendimento Domiciliar) como também em abordagens nos contextos territoriais e comunitários. Além disso, provocar os egressos para continuarem envolvidos no campo da APS por meio de aprimoramentos, residências multiprofissionais, pós-graduações em nível *stricto sensu* e *lato sensu* como também da educação permanente no cotidiano dos serviços.

3.2.5.1 Os apoios oferecidos

Para a realização da formação para APS que envolve aspectos teóricos e práticos, há a necessidade de apoios de diferentes ordens. As docentes identificaram três modalidades de apoio para a realização dessa formação, a saber: apoio da Rede

Municipal de Saúde (Gestão e Equipes das Unidades Básicas de Saúde), apoio da Universidade e do curso de Terapia Ocupacional, além do apoio da comunidade.

Em relação à Rede Municipal de Saúde, as docentes relataram a abertura para promover o contato institucional sobre a formação ensino-serviço dos estudantes como também incorporar a atividade do estágio no cotidiano das ações do serviço.

Com relação ao posto de saúde eles sempre foram muito abertos e receptivos e ofereceram o seguinte: eu tenho essa sala, dá pra você? O que você precisa? (Docente 10 – IES F).

Quando pensamos na secretaria de saúde, eu falo até que me sinto como parte secretaria, eles [profissionais da secretaria de saúde] nos acolhem nos momentos de dificuldades que temos, necessidades de mudanças de horário ou alguma mudança interna no funcionamento do serviço, a gente tem tanto apoio da secretaria de saúde quanto da unidade. O estágio que acontece nessa unidade faz parte do serviço, não é algo que vem meio externo – que vem atrapalhando, acho que a unidade já incorporou o estágio como parte ali do serviço (Docente 9 – IES E).

Por outro lado, a Docente 8 – IES D colocou que a parceria com a rede municipal de saúde está em construção, inclusive para a criação do NASF. Já a Docente 4 – IES B refere que o município é contraditório em relação à oferta de serviços com qualidade na APS, o que afeta também a formação dos estudantes no cenário de prática.

Em relação ao apoio da rede de saúde aqui do município: eu diria que ainda, está sendo construída a negociação com a secretaria, por exemplo, na criação do NASF é uma luta ainda que não tem um resultado efetivo (Docente 8 – IES D).

E com relação à rede no município, a cidade é muito contraditória, há muito tempo com relação a sua rede de saúde pública (Docente 4 – IES B).

A gestão em saúde é difícil no município (Docente 17, IES D).

As docentes apresentaram a existência de uma afinidade da IES e do curso com a formação para APS, afinidade que é notada pela presença de algumas garantias expressas abaixo:

[A coordenação] dá importância de existir um estágio lá no [contexto da APS], então elas são grandes apoiadoras (Docente 13 – IES H).

Acho que tanto a coordenação do curso de Terapia Ocupacional como dos outros cursos e a própria direção da escola nos dá a possibilidade

de ir reconhecendo e nos reconhecendo enquanto cursos distintos, enquanto apoiadores mútuos (Docente 12 – IES H).

Eu acho que o apoio da faculdade vem muito na questão estrutural de materiais que a gente precisa, se precisamos de parcerias vamos supor: eu preciso fazer uma integração com o pessoal da enfermagem, ou com o pessoal da nutrição, com o pessoal da fisioterapia precisamos discutir algumas questões [...]. Se eu preciso da faculdade em questões estruturais entre: fornecimento de materiais, adequação, flexibilidade de horários acho que isso é muito presente (Docente 10 – IES F).

Aqui a direção da universidade dá uma independência muito grande para o curso fazer esse tipo de planejamento, então ela não interfere. Até, então, a gente nunca acabou, solicitou nada específico em relação à área da atenção primária. A coordenação do curso dá um apoio muito próximo, direto, principalmente às questões materiais (Docente 9 – IES E).

Um dos apoios que eu destacaria é a presença da coordenação de curso nos espaços de formulação, discussão deste campo de práticas da Atenção Básica (Docente 3 – IES B).

Na IES A, temos a garantia dos ônibus para levar os alunos ao campo (Docente 1 – IES A).

No entanto, outras docentes relataram a falta de incentivo ou a presença de um apoio formal, mas não efetivo que garanta a formação voltada para o campo da APS.

Não temos nenhum tipo de incentivo da universidade para essa, para qualquer outra atividade [além do ensino], seja ela de iniciação científica ou de extensão, todas requerem a voluntariedade e a disponibilidade do professor, delegando à ele essa responsabilidade (Docente 15 – IES I).

A disponibilidade de recursos é pouca, mas é pouca para todos nós, então, temos poucos recursos, mas isso não porque é Atenção Primária. Se fomos pensar em toda a área possível da atuação, sabemos que a Atenção Primária não é prioritária. Ainda a hospitalar, acho que recebe bastante apoios. Poucos docentes se voltam para a Atenção Primária em Saúde. Acho que o departamento que mais colabora é o departamento de medicina social. Acho que não é um apoio tão forte como a gente gostaria. Acho que com muita luta e esforço temos um espaço na faculdade para discutir isso. Tem alguns espaços que foram resultando de discussão e luta, por exemplo, tem um centro da Atenção Primária, que é um centro vinculado à direção direta da universidade e que ele responde pelo convênio, da faculdade com a Secretaria Municipal de Saúde (Docente 8 – IES D).

Temos um apoio formal, mas não um apoio efetivo do ponto de vista da universidade (Docente 4 – IES B).

Os apoios também são providos por meio dos movimentos sociais e por instituição do terceiro setor, o que demonstra a proximidade dos contextos de vida reais da população com a formação na APS.

Eu acho que os apoios, ele vem muito mais de uma questão de se apoiar nas pessoas em que estão pensando isso, então, apesar de toda a fragilidade da rede no município, nós temos frentes inclusive de movimentos sociais, bastante engajados em estimular essa discussão, que não está sendo discutida (Docente 16 – IES I).

Outro apoio importante, é o apoio das instituições da comunidade: paróquia, escola, lá no território a gente tem uma instituição que atende crianças carentes no período contrário da escola, para que as mães possam trabalhar (Docente 9 – IES E).

Os diferentes apoios listados pelas docentes se relacionam com as diretrizes curriculares, ao passo que essas apontam para uma nova fase da relação entre o ensino, a pesquisa, a extensão e a prestação de serviços de saúde na APS. Essa nova relação depende de muitos fatores locais e internos das IES, exigindo esforços intersetoriais para consolidá-los (FONSECA; JUNQUEIRA, 2014).

3.2.5.2 As potências e a necessidade de fortalecimento da Terapia Ocupacional na APS

A potência da formação voltada para APS está na possibilidade da terapia ocupacional estar próxima ao cotidiano da população. Além disso, a vinda de médicos estrangeiros por meio do Programa Federal Mais Médicos ajuda no diálogo durante a formação.

Tem [na APS] uma possibilidade de ação que é muito mais rica do que no ambulatório e muito mais rica que o hospital. Porque inclusive nós estamos no lugar do cotidiano, da vida cotidiana. Que é o eixo da TO, como é que você joga esse tesouro fora? Não pode (Docente 6 – IES C).

O que tem, de certa forma, modificado alguns serviços [da APS] é a vinda de alguns médicos estrangeiros, com uma outra lógica e aí, acho que isso também tem ajudado, pelo menos no programa de residência, a gente vê que com eles dá para conversar (Docente 15 – IES I).

Para garantir a potência que o campo da APS proporciona para formação em terapia ocupacional há a necessidade do desenvolvimento do núcleo profissional nesse

contexto, acompanhado do aumento do número de profissionais pesquisando, trabalhando e ensinando na APS dentro de uma perspectiva crítica.

Na APS somos convidados a construir um perfil de uma TO generalista, tendo um histórico de construção e de intervenções especializadas, além disso, temos um núcleo profissional que é repleto de interfaces com outras disciplinas. O que que é uma TO na Atenção Básica, eu acho que esse é o núcleo que a gente precisa cada vez mais desenvolver e aprimorar (Docente 3 – IES B).

Muitos profissionais da [área] especializada vão para a atenção primária com o mesmo olhar do home care, visita domiciliar não é home care, é olhar território é olhar contextos, então eu sinto que os desafios são esses, de criar uma massa crítica de TO, quanto mais quantidade pode dar um salto de qualidade. A tendência é a gente se fortalecer, como TO na atenção básica (Docente 1 – IES A).

Nesse sentido, é importante que o estudante experimente o exercício profissional e vivencie práticas que exijam dele novas formas de atuação e interlocução com o outro. Para isso, nas diretrizes está previsto que os currículos orientem a formação para a compreensão de diferentes realidades socioculturais (OLIVER et al., 2012).

3.2.5.3 Os desafios

Vários desafios foram elencados pelas docentes sobre a formação do terapeuta ocupacional para APS, esses são apresentados nos *Quadros 21, 22 e 23*.

No *Quadro 21* percebemos os rebatimentos provocados pela distância existente entre aquilo que formulamos teoricamente na Terapia Ocupacional e sua relação com a formação e a prática na APS.

Quadro 21 – Desafios entre a terapia ocupacional e APS

Desafios entre a terapia ocupacional e APS
Falta hoje é essa articulação do referencial teórico com a prática (Docente 16 – IES I).
Temos dificuldade na definição tanto epistêmica quanto do objeto de intervenção [na APS]. E fica essa dúvida, se eu atender eu estou fazendo errado? É só matriciamento? (Docente 6 – IES C).
Temos que escrever mais e parar de falar só dos pressupostos e dizer o que fazemos e como fazemos (Docente 1 – IES A).
Precisamos escrever mais; não só a descrição da experiência; mas, analisar e fazer a inter-

relação com a APS que a gente deseja (Docente 6 – IES C).
A TO [na APS] fica no lugar de bode expiatório, porque vamos para a UBS, as pessoas perguntam “mas o que que você está fazendo aqui?” (Docente 12 – IES H).
Quando a gente vai para Atenção Primária, um dos desafios é a gente não se diluir ao ponto de desistir ((risos)), falar, “não, não entendi nada o que a TO faz, não é isso que eu quero, quero fazer outro curso”, que a Atenção Básica, ela, a princípio, pode produzir esse risco [na formação] (Docente 3 – IES B).

A dificuldade de inserção dos terapeutas ocupacionais nos cenários de práticas da APS provoca a falta de pertencimento dos estudantes, além de sobrecarga docente para realizar o trabalho prático no campo da APS, sem ser um trabalhador efetivo daquele serviço. Esse aspecto, apresentamos no *Quadro 22*.

Quadro 22 – Dificuldades dos serviços de formação prática quando da ausência da TO

Não ter TO nos serviços de formação prática
Uma dificuldade é não ter gente para ir junto com os alunos na Atenção Primária, não temos nenhum terapeuta ocupacional (Docente 8 – IES D).
Quando chegamos nos serviços, atendemos meio que sozinhos, a equipe não entra com a gente [...] (Docente 1 – IES A).
Não temos terapeutas ocupacionais dentro dos serviços com tempo o para acompanhar [os estudantes] (Docente 7 – IES C).
Eu acho que o terapeuta ocupacional é muito pouco visto pela perspectiva do sistema, ordenando a formação (Docente 7 – IES C).

Já no *Quadro 23*, surgem problemáticas relatadas pelas docentes sobre que caminhos seguir dentro da APS para realizar a formação dos estudantes de Terapia Ocupacional. Nesse sentido, percebemos a necessidade de construirmos caminhos próprios por meio da reflexão e análise teórica de nossas práticas e experiências de formação nesse campo.

Quadro 23 – Caminhos a seguir na formação de terapeutas ocupacionais para APS

Como formar? O que fazer?	É uma especificidade?	Vamos transversalizar?
Os cursos hoje têm que ter atenção primária, se estamos dizendo que o SUS no Brasil vai investir na ordenação disso, não sei se o NASF é melhor modelo (Docente 1 – IES A).	Desafio é garantir um conteúdo mais específico sobre a Atenção Primária (Docente 5 – IES B).	APS é uma área transversal, não sei se ela é um campo. Eu acho que a questão não é criar mais uma disciplina, eu acho que é trabalhar todos os níveis de assistência no curso (Docente 1 – IES A).
Os TO muitas vezes não sabem o que fazer no NASF [...] O problema de hoje não é o que eu vou fazer na atenção primária é o que nós vamos inventar nessa nova atenção primária porque ela não está dada (Docente 6 – IES C).	Um desafio é conseguir fortalecer a Atenção Básica como um campo profissional de estágio (Docente 3 – IES B).	Não dá para falarmos de uma formação inteiramente voltada para a APS, mas uma formação que necessariamente englobe a APS como um campo (Docente 4 – IES B).

Podemos perceber que há pouco delineamento teórico desse campo de prática profissional juntamente com a inserção ainda pequena de terapeutas ocupacionais nos serviços da APS, o que prejudica a formação para o cuidado na APS, visto que só o ensino não tem promovido a conversão de postos de trabalho nesse campo, o que precisa ser enfrentado pela categoria profissional, já que temos como contribuir para APS.

3.2.5.4 As mudanças necessárias para formação voltada para APS

As docentes relataram a necessidade de mudanças na carga horária dos cursos com vista ao aumento de horas do ensino vinculado à APS, como podemos observar a seguir:

Precisamos de uma reforma curricular que aumente o tempo da gente de 4 para 5 anos para o aluno ter mais tempo na APS (Docente 6 – IES C).

Eu acho que teríamos que ter mais tempo para estudar a atenção básica um tanto mais teoricamente, eu acho que a discussão centrada na atenção básica precisaria melhorar (Docente 7 – IES C).

Eu acho que o tempo que os alunos permanecem durante o estágio, é um tempo no meu ponto de vista muito curto, oito a nove semanas, então se eles tivessem mais oportunidades de fazer um trabalho mais extenso, um maior número de semanas (Docente 9 – IES E).

Por sermos inseridos numa faculdade de medicina, temos uma formação ainda muito voltado para as patologias e especialidades médicas [...] mudar essa formação (Docente 17, IES D).

Se eu fosse fazer alguma alteração, eu faria na quantidade de horas para a atenção primária, eu acredito que esse é um estágio que precisaria de mais de 6 horas semanais, então era a única mudança que eu faria era a quantidade de horas (Docente 10 – IES F).

Outras mudanças pontuais para cada contexto foram citadas, descrevemos algumas com o objetivo de ajudar outros cursos no avanço da formação dos terapeutas ocupacionais para APS. As mudanças foram: entrada da universidade no Conselho Municipal de Saúde com a finalidade de ampliar a participação e tensionar a melhoria da saúde pública; pensar a formação para APS envolvendo a atuação técnica e política do profissional no campo da APS; formar mais docentes para trabalhar no ensino da APS e ampliar a discussão da formação nos cursos da área de saúde na IES, como também, ter garantia de participação em eventos científicos que discutem a APS.

Além dessas, cabe o destaque para a fala da Docente 3 – IES B, quanto à necessidade de mudanças nas instâncias hegemônicas dentro da universidade, assim como ela enxergar a formação de terapeutas ocupacionais nos dispositivos, que garantem sua inserção na APS.

A Atenção Primária, ela ficou no espaço menor ou no espaço de desvalor dentro dos currículos em geral da saúde por muitos anos, então construir esse lugar central, seguindo as diretrizes do MEC, do ministério, eles exigem também uma disposição de transformação dos lugares hegemônicos dentro da universidade [...] Se fossemos pensar um cenário ideal seria a gente ter TO fazendo formação no consultório na rua, TO fazendo formação no NASF, TO fazendo formação nas UBS, USF e TO fazendo formação nas equipes de atenção domiciliar: isso seria o cenário ideal (Docente 3 – IES B).

Além dessas mudanças propostas, devemos pensar também na formação graduada sobre a questão das populações que atendemos historicamente (pessoas com deficiência e em sofrimento psíquico) Mangia (1998) e nos provocar sobre o quanto os

saberes identificados nesta pesquisa respondem às problemáticas e às necessidades dessas populações no campo da APS.

3.3 ANÁLISE DAS RODAS DE CONVERSA COM OS ESTUDANTES

A terceira seção dos resultados e discussão desta pesquisa apresenta as perspectivas dos estudantes sobre a formação em terapia ocupacional para o cuidado na APS. A construção dos dados junto aos estudantes foi realizada por meio de encontros entre o pesquisador e os alunos com o foco orientado pelo *Roteiro de Roda de Conversa (RRC)*.

Esses encontros nos possibilitaram identificar os aprendizados, significados, percepções e vivências dos estudantes de terapia ocupacional sobre a formação para o cuidado na APS. Desse modo, chegamos a quatro categorias:

- Conhecimentos sobre Atenção Primária à Saúde (ou Atenção Básica à Saúde);
- Componentes curriculares e conteúdos essenciais a formação para cuidado na APS;
- Conceitos de estudantes sobre o cuidado de terapeutas ocupacionais na APS;
- Formação para APS, desafios e mudanças necessárias.

A seguir, a análise das nove Rodas de Conversa realizadas.

3.3.1 CONHECIMENTOS SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE)

De uma maneira geral, os estudantes presentes nas Rodas de Conversa discutiram e evidenciaram o conhecimento sobre o que seria a APS, com base em suas vivências pessoais e na aprendizagem teórico prática acumuladas durante a graduação, o que pode indicar o movimento de reorganização curricular dos cursos de terapia ocupacional participantes dessa pesquisa, realizado por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002.

Nesse sentido, os alunos indicaram a APS, como componente do sistema de saúde e responsável pelo primeiro e contínuo cuidado em saúde oferecido à população.

A atenção primária faz parte do SUS e é o primeiro contato que a pessoa tem com o serviço de saúde no território onde ela mora (Roda de Conversa 1, IES A).

A atenção primária é um ponto de cuidado básico do indivíduo [...] é a porta de entrada para o indivíduo chegar em outros equipamentos de saúde [...] uma coisa importante de salientar é que ela faz parte da rede [...] você pode entrar por ali, mas também é um ponto de volta (Roda de Conversa 2, IES B).

O que faz sentido para mim é a atenção básica ser a base do sistema de saúde, ela para mim compõe a parte mais fundamental. A maioria das demandas de saúde tem que passar pela atenção primária, e se necessário ser encaminhada para os outros níveis de atenção [...] eu vejo a atenção primária como a porta de entrada e como coordenadora do cuidado, então, não tem como se desresponsabilizar, uma vez que você encaminhou a pessoa (Roda de Conversa 3, IES C).

[APS] é uma coisa bem simples, é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (Roda de Conversa 4, IES D).

Então [APS] seria o primeiro atendimento médico geral, de enfermagem e de agentes comunitários [...] (Roda de Conversa 5, IES E).

Para mim atenção primária é a porta de entrada do sistema [...] Eu acho que ela chega mais próximo da população, acho que é uma coisa, que a pessoa tem mais acesso (Roda de Conversa 6, IES F).

Atenção primária é muito focada nas UBS, nos programas de saúde da família, nos agentes comunitários (Roda de Conversa 8, IES H).

Eu acho que é a questão da primeira opção que a pessoa vai no atendimento público, para quem ela vai recorrer primeiro[...] Eu acho que é o primeiro contato que a pessoa vai ter com um profissional da saúde, então eu acho que vai envolver muito a questão do acolhimento [...] (Roda de Conversa 9, IES I)

Essas definições apontaram a principal compreensão dos alunos sobre APS, o que corrobora, principalmente, nos excertos das Rodas de Conversa 5 e 8, com uma ideia de APS, pensada no modelo da ESF do Brasil (composição de equipe mínima nesse nível assistencial).

Já nas demais Rodas, percebemos definições próximas aos ideais de Bárbara Starfield (2002) e as acepções da Declaração de Alma-Ata, em 1978, principal documento mundial referente a APS.

Os cuidados primários de saúde [...] representam o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais

proximamente possível aos lugares, onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978, p.1).

Essa compreensão teórica da Declaração de Alma-Ata foi e vem sendo atacada desde da sua publicação por influências do capital financeiro e das políticas de austeridade fiscal, que reduzem as chances de desfrutarmos de sistemas de saúde universais em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, isso foi agravado segundo Cueto (2015) nos 1980, devido ao fato dos países em desenvolvimento estarem endividados pelos empréstimos bancários internacionais, o que provocou déficits em seu crescimento originando inflação e dando poucas chances para garantia de transformações no setor saúde. Mesmo assim, o Brasil lutou e construiu um sistema universal, o SUS, porém sua APS, ainda continua programática, mesmo que apresente avanços nos últimos anos.

Esses ataques ao modelo de APS abrangente, deram lugar à APS seletiva, que possui uma perspectiva tecnocrática que debilita a relação entre a saúde e o desenvolvimento e não contribui para a modificação das causas sociais das doenças (CUETO, 2015). Essa problemática é expressa nos relatos dos estudantes.

Eu vejo que a atenção primária à saúde, deveria ser, como uma porta de entrada do usuário para rede de saúde, mas o que eu senti é que a porta de entrada acaba sendo a terciária, a primária deveria ser a prevenção, mas não, é no sentido inverso que acontece, as pessoas vão para o terciário depois que elas vão se reabilitando e a atenção primária acaba sendo como reabilitação as vezes, como atendimento domiciliar e tudo mais (Roda de Conversa 1, IES A).

Mas a atenção primária é porta de entrada pra quem? É porta de entrada de onde? Por que eu, que moro no bairro vizinho, eu não consigo entrar na UBS que é aqui do lado (Roda de Conversa 5, IES E).

Muitas vezes eu vejo a atenção básica para aquelas pessoas que não conseguem chegar no hospital, não conseguem fazer um particular, ou que não tem condições mesmo e que depende daquilo (Roda de Conversa 2, IES B).

O que fica na minha memória é a própria definição da OMS, que prever a atenção primária como as urgências às populações mais vulneráveis e aos casos mais graves. As equipes constroem essa cara, por que tem uma coisa que é política maior. Acho que tem uma prescrição que é cuidar das gestantes, amamentação, vacinação, cuidar dos idosos, fazer ações programadas [...] o que dar essa cara de atenção básica de apagar o fogo e não necessariamente, avançar na prevenção e sim dar conta do que estar mais urgente. A gente sabe que

por falta de recursos, as outras populações que não estão descritas como vulneráveis não são o foco [...] (Roda de Conversa 3, IES C).

Nesse tocante, Campos et al. (2008), afirmaram que a APS deveria constituir-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, mas não a única, o que implicaria em burocratização, porém espera-se dela muito mais do que essa garantia de acesso ao sistema, enfim, a possibilidade de resolutividade de 80% dos problemas de saúde de uma população.

Outro tema exposto pelos alunos, diz respeito à APS como responsável pela prevenção de doenças ou agravos à saúde e promoção da saúde.

Discutíamos que a atenção primária não é só a prevenção e a promoção, que são importantes. Mas, também existem as pessoas que são crônicas e que muitas vezes tem a atenção básica como referência (Roda de Conversa 2, IES B).

[APS] lida bastante com a promoção de saúde. Não descarta a prevenção [...] e tem baixa densidade tecnológica o que não significa que seja de baixa complexidade (Roda de Conversa 4, IES D).

[APS] trabalha mais com prevenção e orientação (Roda de Conversa 6, IES F).

Atenção primária para mim ela vai estar relacionada a intervenções que são voltadas para promoção e prevenção [...] (Roda de Conversa 8, IES H)

Em relação a esses aspectos apresentados pelos estudantes, eles percebem que a prevenção vem interligada às campanhas de vacinação, aos cuidados em saúde de pessoas com doenças crônicas e às diferentes estratégias de educação em saúde. Já em relação à promoção de saúde, os estudantes não abordaram perspectivas que eles acreditavam ou aprenderam. Quanto a essa temática, concordamos com as reflexões de Cueto (2015), que aponta nos últimos anos, duas compreensões de promoção da saúde, uma que enfatiza a importância das mudanças de estilo de vida por parte das pessoas e a outra que se caracteriza em buscar a melhoria nas condições de vida da sociedade mediante as políticas públicas.

3.3.1.1 APS com foco no território

Um outro aspecto apontado pelos estudantes, diz respeito à relação existente entre os serviços e as ações de cuidado em saúde da APS e o território.

A atenção básica é uma questão do cuidado, não sei se seria essa palavra, mas traumatizar menos a pessoa, não retirando ela de um lugar que ela se sente confortável, porque eu acho que isso ajuda muito no caso de patologia, de reabilitação, da pessoa estar em um local que ela conhece, ela conhece as pessoas, que ela sabe como ela é cuidada [...] Ai eu acho que na atenção primária tem a questão do pertencimento, dela estar lá e ela faz parte daquele bairro, daquele território, da vida das pessoas, eu acho isso muito importante também (Roda de Conversa 1, IES A)

A atenção básica prever o cuidado no território e de cuidar desse cotidiano no território das pessoas (Roda de Conversa 2, IES B)

E os trabalhos desenvolvidos [na APS] são de acordo com cada localidade [...] E tem a questão da territorialização [...] e visa atender certas características demográficas (Roda de Conversa 4, IES D)

Então eu acho que a atenção primária ela é muito focada por territórios, ela engloba a cidade, o bairro, tudo, mas é muito focado nas ações pontuais de território. De acordo com cada UBS (Roda de Conversa 8, IES H)

Quanto à relação da APS com o território, Massuda (2008) afirma que a APS possui uma grande potência para lidar com as necessidades de saúde contemporâneas, na medida em que os serviços de saúde se localizam próximos do contexto de vida das pessoas e, por consequência, dos locais de produção do processo saúde e doença. Porém, esse mesmo autor alega que a aproximação geográfica pode ajudar, mas a organização dos processos de trabalho depende de políticas indutoras do modelo de APS adotado.

Quando os estudantes trazem à tona a importância do território para APS, percebemos que essa relação pode contribuir para a formação de terapeutas ocupacionais ao passo que nesta haja instrumentos, que possibilitem o conhecimento sistemático da realidade, mediante o seu tratamento analítico, que expresse o território usado, o uso do território, já que esse é o quadro da vida de todos nós, como defendia Milton Santos (1999).

Tem aquela questão conceitual da atenção primária e tem a questão daquilo que acontece na realidade. O que acontece na realidade? Acho que não é uma realidade, são as realidades. Acho que cada determinada região vai se configurando de uma forma pela situação sociocultural da região, pela equipe de profissionais, pela gestão daquele equipamento de saúde (Roda de Conversa 3, IES C).

Os estudantes identificaram diferentes tipos de gestão e de serviços da APS durante suas experiências de formação, além disso, esses foram identificados em lugares periféricos, onde há a presença de vulnerabilidades.

Então, tem a questão das OS, outros tipos de UBS, então são variadas as realidades da atenção primária [...] (Roda de Conversa 3, IES C).

As unidades de saúde da família, a maioria está nos bairros mais periféricos, morros [...] E eu acho que é o papel dos agentes comunitários é bem importante nesses lugares [...] (Roda de Conversa 1, IES A)

Tem regiões em que há um alto índice de mulheres grávidas, mulheres em situação de vulnerabilidade, então cada região vai visar a demanda realmente da população (Roda de Conversa 4, IES D)

Entendo a atenção básica como a porta de entrada, mas não só a porta de entrada para aqueles que sentem algum sintoma e vão até a UBS, mas também para aquelas vulnerabilidades, aqueles problemas que podem estar camuflados na sociedade. Então assim, problemas sociais que a atenção primária vai lá e identifica tal demanda e intervém a partir daí [...] eu acho que entra muito a questão da assistência social, que caminha muito próximo com algumas observações que os ACS fazem na comunidade [...] (Roda de Conversa 8, IES H).

Quanto à vulnerabilidade e à desigualdade social em saúde, Barata (2009) afirma que o conceito chave para essa compreensão é a ideia de reprodução social, que inclui os domínios nas diferentes esferas da vida: padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana e de participação social, a política e a cultura. Dessa forma, as desigualdades nas condições de vida, decorrentes das diferenças nesse processo de reprodução social, refletem as condições vulneráveis da saúde de parte da população dominada/explorada.

Ainda em relação à vulnerabilidade social, Castel (2008), expõe que essa é alimentada pela precarização do trabalho, o que produz, no final desemprego e a perda de vínculos sociais. Segundo, Malfitano e Bianchi (2013), essa construção teórica é capaz de descrever a situação de uma grande parcela da população brasileira.

Diante disso, destacamos que os contextos de vulnerabilidade social têm marcado práticas profissionais em diferentes serviços e requerem atenção e compreensão aprofundadas. Assim, se faz necessário a preocupação com as lacunas na formação graduada, de todos os profissionais, inclusive do terapeuta ocupacional, para que se possa voltar a atenção para a capacitação técnica, política e ética de profissionais

para atuação nesses contextos, onde o caminho de enfrentamento perpassa o trabalho em rede e a intersetorialidade determinando uma maior efetividade de intervenção junto à população assistida (MALFITANO; BIANCHI, 2013).

Tendo em vista o apresentado nessa categoria, podemos considerar que os estudantes de terapia ocupacional participantes dessa pesquisa, tiveram compreensões significativas sobre a APS, o que denota que há percursos de formação desse profissional para o cuidado nesse contexto assistencial.

3.3.2 COMPONENTES CURRICULARES E CONTEÚDOS ESSENCIAIS À FORMAÇÃO PARA CUIDADO NA APS

As contribuições dos componentes curriculares e dos conteúdos neles trabalhados durante a formação com intuito de construir competências para o cuidado na APS são apresentadas, a seguir:

3.3.2.1 Componentes curriculares

Diferentes componentes curriculares práticos, teóricos e de estágios profissionalizantes foram referidos, como podemos ver no *Quadro 24*, o que demonstra a heterogeneidade dos currículos na formação de terapeutas ocupacionais para o cuidado na APS, esse aspecto foi observado no *Capítulo 3.1* que trata sobre a análise documental da formação.

Quadro 24 – Componentes Curriculares referidos

RODAS DE CONVERSA E IES	COMPONENTES CURRICULARES REFERIDOS PELOS ESTUDANTES
(Roda de Conversa 1, IES A).	<p>No eixo do <u>trabalho em saúde (TS)*</u> a gente faz muito essa questão descritiva, do território, dos equipamentos de saúde, de como que funciona, de como é a equipe que está trabalhando, então isso a gente tem em quatro semestres[...]</p> <p>O foco desse <u>estágio [TO na APS]</u>, era trazer essa população para a UBS e fazer com que ela compreendesse a atenção básica [...]</p> <p>Uma construção de conhecimento que me permitiu fazer esse olhar para o detalhe foi <u>Atividades de Recursos Terapêuticos 1</u>, que a gente tem uma aula sobre “olhar” [...]</p> <p>Eu fiz <u>PET de saúde mental</u> e articulava com a UBS [...]</p>
(Roda de Conversa 2, IES B).	<p>Eu acho que principalmente <u>PSTO</u>, que era uma unidade prática, onde ficamos inseridas na atenção básica nos nossos dois primeiros anos, mas eu acho que atenção básica permeou todas as outras unidades, sempre tivemos discussões sobre isso no eixo teórico, no eixo de atividades, até na UCON [...]</p> <p>Minha experiência do <u>PET-Saúde</u> foi com um grupo de adolescentes, com as meninas de lá do território, que foi uma demanda identificada junto com as ACS e que era uma demanda que a unidade tinha, de pensar questões relacionadas à sexualidade e à adolescência [...]</p>
(Roda de Conversa 3, IES C).	<p>Aparecem várias demandas no <u>estágio</u>, de deficientes intelectuais, de saúde mental, de idoso, de deficiência física e lá no <u>estágio</u>, a gente tem pensado mais propostas coletivas, para a gente conseguir atingir o máximo de pessoas. A nossa UBS é privilegiada, por que tem uma TO, e nossa supervisora também atua lá, e ainda tem os estagiários já há algum tempo, isso dá um aporte diferenciado para você conseguir atender [...]</p>
(Roda de Conversa 4, IES D).	<p>Primeiro foi a disciplina de <u>TO aplicada a atenção básica</u>, depois a de <u>saúde pública, introdução a epidemiologia, iniciação a saúde</u>, que foram as disciplinas que a gente teve com outros cursos, que aí foi mais geral sobre SUS... Não era muito focado na ação da T.O., era mais conceitual, <u>T.O. aplicada às condições sociais</u>, o intuito dela é o social, não é a atenção básica, é a terapia ocupacional social. Acontece que na nossa prática ela vai encaixar dentro da atenção básica, mas pode não ser assim, necessariamente [...]</p>
(Roda de Conversa 5, IES E).	<p>Estávamos fazendo o <u>estágio na UBS</u>, que são de idosos, a demanda era hipertensão e diabetes [...]</p> <p>Eu aprendi o que é mesmo Atenção Primária quando eu fui pro <u>VER-SUS</u> e quando eu comecei a ter aula da <u>disciplina T.O. e Contextos Sociais</u> e as <u>Atividades e Recursos Terapêuticos (ART)</u>, caso contrário, eu não saberia [...]</p> <p>Eu participei do <u>VER-SUS</u>, que é um projeto do Ministério da Saúde, eu fui pro Rio, elas foram para São Paulo, o que ficou muito claro, que a Atenção Básica, é, muito além de ser a porta de entrada, é fazer o acolhimento, fazer os encaminhamentos é a prevenção e promoção de saúde [...]</p>
(Roda de Conversa 6, IES F).	<p>Seria mais a disciplina de <u>TO em Saúde coletiva, patologia, Saúde mental</u>, mas eu acho que entram <u>todas as disciplinas</u>, porque T.O. é isso, é o paciente como um todo, então não vai ser só uma disciplina</p>

	[...]
(Roda de Conversa 7, IES G).	Teve a matéria de <u>Saúde Coletiva</u> de uma forma geral, <u>terapia ocupacional em saúde coletiva</u> , estágio na UBS e na <u>saúde do trabalhador</u> [...] contribuem também para atenção primária outras disciplinas como <u>pediatria</u> , <u>gerontologia</u> , <u>atividades e recursos terapêuticos</u> , não tivemos uma disciplina específica de atenção primária, mas em várias disciplinas a gente viu um pouquinho dessa atenção primária [...]
(Roda de Conversa 8, IES H).	Acho que <u>Saúde e Cidadania</u> lá no primeiro ano, onde a gente estudou o SUS de maneira mais específica. A <u>Epidemiologia</u> deu uma base no aspecto geral, não algo específico da TO, mas no aspecto geral de como funciona a atenção primária. As disciplinas de <u>Recursos Terapêuticos</u> , uma era de narrativas e a outra era de cotidiano, além da <u>Imunologia</u> [...]
(Roda de Conversa 9, IES I).	Tinha uma disciplina de <u>saúde coletiva</u> , que eu lembro da professora falando assim “por favor, a Atenção Primária não é pra ser clínica”, [...] eu tive <u>prática</u> na comunidade lá no centro comunitário, então, a gente não podia impor [...] tivemos também <u>Terapia Ocupacional e sociedade; TO e saúde física</u> [...]

*Os componentes curriculares/disciplinas citados pelos estudantes nas Rodas de Conversa estão apresentados sublinhados no quadro.

Entre os diversos componentes curriculares referidos pelos estudantes, os campos de conhecimento da Saúde Coletiva e da Epidemiologia aparecem com destaque, o que demonstra que essas áreas alimentam a formação de terapeutas ocupacionais com contribuições para a profissão na APS. Outro componente curricular enfatizado está circunscrito às Atividades e Recursos Terapêuticos Ocupacionais, o que demonstra a APS como um contexto de ampliação das intervenções da terapia ocupacional.

Os estágios profissionalizantes e as atividades práticas nos cenários da APS foram considerados essenciais pelos estudantes para a construção de competências para realização do cuidado terapêutico ocupacional não só na APS, mas também em outros cenários de intervenção na saúde, no campo social e na educação. Além disso, as buscas dos estudantes por projetos como PET-Saúde e VER-SUS também contribuíram para a reforçar a formação.

Em relação à relevância dos cenários de prática para fortalecimento do ensino dos diferentes conteúdos e da aprendizagem sobre a APS, Carvalho, Duarte e Guerrero (2015) que estudaram a percepção dos alunos e docentes de um curso de medicina e dos profissionais dos serviços sobre a integração ensino-serviço na APS, avaliaram a necessidade de maior esforço conjunto da universidade e dos serviços para o planejamento político e pedagógico. Além disso, há a necessidade de incentivos aos

atores envolvidos nesse processo, tanto em torno da formação permanente desses profissionais dos serviços como também para articulação do ensino teórico-prático às necessidades dos usuários que utilizam os dispositivos de cuidado na APS.

3.3.2.2 Conteúdos teóricos práticos essenciais à formação para APS

Em relação aos conteúdos essenciais, os estudantes percebem como essencial o estudo da Reforma Sanitária, do SUS, dos fundamentos da sua criação e sua realidade atual, segundo relatos das Rodas de Conversa 5 e 1. Além da compreensão das ferramentas importantes de cuidado à saúde na APS, como expresso nas Rodas de Conversa 1, 7 e 4.

No VER-SUS, a gente aprende, é, estuda desde o começo da reforma sanitária até o surgimento do SUS, o porquê de cada coisa dentro do SUS e eles questionam o seguinte: o que você acha que é o problema do SUS? Qual é o tendão de Aquiles do SUS? Eles mostram toda a parte de gestão, de regulação do SUS, de áreas programáticas, tudo (Roda de Conversa 5, IES E).

A gente estudou SUS a fundo, estudou epidemiologia, a gente vai a campo e faz clínica ampliada, fazemos trabalhos em grupo e narrativas (Roda de Conversa 1, IES A).

Conteúdo sobre visita domiciliar, prevenção e estratégias de educação em saúde (Roda de Conversa 7, IES G).

Aprender essa questão do que é genograma, ecomapa, de visitar uma família, de saber como essa família vive [...] (Roda de Conversa 4, IES D).

O estudo do território aparece como arcabouço teórico prático essencial de compreensão da APS, devido o território ser o espaço em permanente construção e produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais, o que contribui para entender o modo de vida das pessoas (SANTOS, 2007).

Saber sobre o território, o que tem no território, saber sobre a equipe. (Roda de Conversa 2, IES B).

O TO, ele está lá para trabalhar com o território, ele tem que ter um conhecimento abrangente desse território, eu acho que, assim, você tem que estudar o território (Roda de Conversa 5, IES E).

Tem a questão de saber o perfil epidemiológico do território (Roda de Conversa 3, IES C).

Essas falas dos estudantes estão alinhadas com as contribuições das docentes sobre os conteúdos essenciais à formação para APS, que prevê o estudo sobre a política de saúde e seu percurso histórico e atual, além do estudo do território e de seu perfil epidemiológico. Desse modo, esses conteúdos podem ajudar aos estudantes na construção de competências para lidar com o contexto futuro de trabalho nos serviços da APS, que possuem *alta complexidade tecnológica* (GONÇALVES-MENDES, 1994).

Além disso, a compreensão do território e das diversidades existentes nos contextos dos serviços de APS são necessários para desenvolver a empatia necessária ao ato de cuidar em saúde.

Na atenção básica muitas vezes a gente vê uma realidade muito diferenciada da nossa, se a gente não tiver esse olhar empático não flui (Roda de Conversa 4, IES D).

A gente não sabia falar, mas a gente aprendeu a escutar e conversar muito! (Roda de Conversa 2, IES B).

Também se faz indispensável, a compreensão de maneira densa das “realidades” da questão social vivenciadas pelas pessoas e expressas nos territórios dos serviços de APS que os estudantes atuam, visto que, no território onde o uso e a localização dos serviços essenciais são deixados à mercê do capitalismo, tudo colabora para que as desigualdades sociais aumentem (SANTOS, 2007).

Outro conteúdo destacado pelos estudantes, foi a temática de grupos.

Temos o conhecimento de grupos, de saber fazer [...] (Roda de Conversa 1, IES A).

Pensando em teoria de grupo, que o grupo pode funcionar como uma caixa de ressonância, que as pessoas que estão naquele grupo passam por situações em comum ou parecidas, que podem compartilhar de estratégias de enfrentamento por exemplo [...] O compartilhamento de experiências, ampliar a rede de suportes sociais (Roda de Conversa 4, IES D).

A terapia ocupacional pode trabalhar com a troca de informações com a equipe e a família, às vezes, fazendo trabalhos em grupo naquela região [...] (Roda de Conversa 5, IES E).

Ballarin (2015), diz ser fundamental o aprendizado para trabalhar com grupos, já que se espera que o terapeuta ocupacional tenha um acúmulo de habilidades específicas para compreender, organizar e coordenar grupos, seja atuando como membro de uma

equipe, como gestor, ou na assistência em diversos campos de atuação. Assim, o terapeuta ocupacional ao trabalhar com grupos na APS opera no coletivo efeitos terapêuticos, comunicativos, aprendizados, aumento nos graus de autocuidado e autonomia, criação e fortalecimento de redes sociais (FURLAN, 2015).

A compreensão sobre grupos, assim como sobre cotidiano aparece como conteúdo essencial na fala das docentes e se repetem no discurso dos estudantes, como podemos verificar nos excertos a seguir:

Temos uma visão dos múltiplos aspectos, então conseguimos olhar o contexto inteiro, todo o contexto da vida, toda a questão do cotidiano e das rupturas [...] (Roda de Conversa 1, IES A).

Temos que olhar o desempenho das pessoas em seu cotidiano, o que ela consegue ou não fazer. (Roda de Conversa 4, IES D).

A especificidade da terapia ocupacional aparece como essencial a ser trabalhada na formação para o desenvolvimento de ações de cuidado da terapia ocupacional na APS.

Saber a essência de ser TO, e não agir como psicólogo, como fisioterapeuta, saber sobre o núcleo da profissão na atenção básica [...] (Roda de Conversa 2, IES B).

Perceber a pessoa na sua integralidade, holístico, tanto no teórico, que isso vem da nossa formação, então passar pela compreensão dos hábitos, rotinas, padrão de desempenhos, desempenho ocupacional [...] (Roda de Conversa 4, IES D).

[...] Eu acho que há possibilidade das atividades de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária dentro da atenção primária, essas duas são as principais e as que mais se encaixam dentro da proposta da atenção primária (Roda de Conversa 8, IES H).

O TO trabalha com a ocupação e com a atividade humana. Para nossa profissão, essas pequenas coisas do dia-a-dia, AVD, têm uma importância muito grande (Roda de Conversa 5, IES E).

Dessa forma, discutir conteúdos que integram a compreensão das políticas sociais, da política pública de saúde e da realidade social aliado ao estudo das estratégias, atividades, tecnologias e os fundamentos da profissão com enfoque na APS torna-se relevante, como para Lima e Falcão (2014), que já destacaram a carência de conteúdos específicos na formação graduada do terapeuta ocupacional como uma das dificuldades dos profissionais para atuar nas equipes dos dispositivos de APS.

3.3.3 OS CONCEITOS DE ESTUDANTES SOBRE O CUIDADO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL NA APS

[...] Quando falamos assim “vou fazer um cuidado”, a pessoa já pensa necessariamente qual é a técnica, qual é o procedimento, mas eu acho que vai ser **“qualquer ação” que potencializa a participação do sujeito na vida**, através da potencialização das habilidades dele, sejam sociais, sejam físicas, afetivas, cognitivas, enfim. Para mim o cuidado vai ser isso, vai usar técnica? Vai. Vai ter procedimento? Vai. Mas o cuidado eu vejo como a dinâmica entre tudo isso (Roda de Conversa 8, IES H).

A compreensão de que o cuidado do terapeuta ocupacional promove a participação das pessoas nas diversas áreas da vida dialoga em proximidade com a integralidade do cuidado, definida por Cecílio (2001), como a melhor forma possível de cuidar das necessidades em saúde sempre complexas, tendo principalmente que captá-las em sua expressão singular.

Por outro lado, esse mesmo autor, faz a ressalva de que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja sua equipe de trabalhadores e gestores. Tal constatação nos remete a considerar que a integralidade do cuidado é buscada quando há articulação entre os serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde (CECÍLIO, 2001).

Essa é uma questão tratada pelos estudantes ao discorrerem sobre a importância do cuidado contextualizado e intersetorial na APS.

Eu acho que a T.O. tem esse olhar muito integral, de olhar o território e olhar onde está tudo lá dentro. Porque a gente tem muito campo, a T.O. tem muito campo, tem o campo de saúde física, tem o social, e todos eles têm que estar articulados na atenção primária (Roda de Conversa 1, IES A).

A terapia ocupacional na [APS] tem o cuidado não só da saúde. Então, vamos ver como a criança está na escola, vamos ver como está a situação social da sua família. Então eu acho que na atenção básica fazemos essa questão intersetorial (Roda de Conversa 2, IES B).

Vemos importância na articulação intersetorial, por que vemos a necessidade de conversar com a rede de serviços, por que acho que faz parte do nosso estágio [...] participar de reunião de equipe, participar de reunião com escolas para discutir caso, para entender outra perspectiva, “isso não é a mais”, isso faz parte da nossa atribuição, por que nossa intervenção não é só direta com a população, mas também com todos que fazem o cuidado daquela pessoa (Roda de Conversa 3, IES C).

Porque eu acho que na atenção primária a equipe faz esse cuidado, esse olhar para o contexto social e isso integrando na saúde vai partindo para os outros contextos [...] o cuidado do TO é olhar a dificuldade de inserção nas ocupações e as possíveis estratégias para melhorar essas dificuldades, pensando em todas as dimensões do homem: física, emocional, mental, social e espiritual (Roda de Conversa 4, IES D).

Por ser terapeuta ocupacional não trabalhamos só com foco na saúde, principalmente na atenção básica que é bem amplo, então é educação, transporte, políticas públicas [...] (Roda de Conversa 4, IES D).

Eu acho que o grande trunfo da TO, pensando na atuação da TO dentro da atenção básica, é que ela não é uma profissão só da saúde, a TO é uma profissão da educação, do social, a TO ela transita entre essas três áreas (Roda de Conversa 5, IES E).

A TO é diferente, porque todo profissional fica falando “ah, você tem que fazer isso, não come isso”, mas e o outro lado? Até um olhar holístico mesmo, a gente olha para várias áreas, para o lazer, o trabalho, todas as áreas de ocupação (Roda de Conversa 6, IES F).

Esse cuidado terapêutico ocupacional, ao promover a articulação intersetorial como um dos escopos necessários a sua prática, está em consonância com os apontamentos de Campos et al. (2008), quando afirmam que a APS necessita de uma ligação dinâmica e de apoio com outras redes de saúde e de desenvolvimento social para a produção da integralidade.

O cuidado do terapeuta ocupacional na APS é realizado com base na compreensão e na intervenção do e no cotidiano. Como podemos visualizar nos trechos a seguir:

O TO trabalha no cotidiano, a clínica ampliada não vê só a doença, ela vê a pessoa e a vida dela, o que ela faz no dia a dia, o estilo de vida, e eu acho que a TO como trabalha nesse viés cotidiano, o que a pessoa faz, o que ela tem vontade de fazer, o que ela deixou de fazer [...] então a T.O. vai analisar e intervir na cadeia operatória do indivíduo, porque a pessoa tem a cadeia operatória, se tem alguma falha nessa cadeia ela vai modificar sua vida, temos que ver sua história de vida, a forma como a pessoa faz uma determinada atividade, o que aquela atividade significa para pessoa, isso é cadeia operatória, então, por exemplo, quando tem uma quebra daquela cadeia operatória desorganiza aquela pessoa, então a T.O. vai intervir e fazer com que ela retome aquela atividade e siga, ou talvez assim, nessa quebra da cadeia operatória ela não consiga reconstruir essa cadeia, mas realocar, adaptar. (Roda de Conversa 1, IES A).

O TO é um profissional que olha o cotidiano, é um profissional que a gente percebia nas discussões que tínhamos um potencial, que é da

nossa formação, que é olhar o cotidiano desse usuário, independentemente de ter alguma coisa relacionada a saúde ou não. Tem muitos casos de hipertensão e diabetes, e a TO pode está organizando o cotidiano, trabalhando, orientando, isso seria um papel de TO, da nossa formação, que completando com os outros profissionais fica um trabalho bem completo (Roda de Conversa 2, IES B).

O terapeuta ocupacional é o profissional que atua em qualquer dificuldade ou problema do cotidiano, a gente pode atuar na adaptação daquele território para inclusão de pessoas com deficiência, para acesso de pessoas com deficiência ou idosos ou qualquer dificuldade que impeça de chegar até o serviço de saúde (Roda de Conversa 4, IES D).

Passa muitas coisas na minha cabeça, mas eu imagino aquele sujeito que tem o cotidiano prejudicado de certa forma, e ele vai chegar até a gente, às vezes, é aquele cara que bebe de vez em quando e o hospital não aceita, não sei, então, assim, o lugar dele, às vezes, a porta de entrada é a UBS, e, às vezes, entender o porquê que ele bebe, onde, o território que ele está, o que proporciona isso, entender o porquê (Roda de Conversa 9, IES I).

Essa presença do cotidiano no escopo do cuidado terapêutico ocupacional como revelado pelos discentes, foi identificada por Salles e Matsukura (2013) que ao realizarem a sistematização da produção de conhecimento no Brasil, sobre o conceito de cotidiano na área de terapia ocupacional, evidenciaram que esse construto/conceito está presente na pesquisa e na prática e soma-se ao aporte teórico vinculado ao campo de conhecimento da terapia ocupacional contemporânea brasileira.

Nesse sentido, a utilização do conceito de cotidiano em terapia ocupacional indica um caminho teórico e metodológico que contribui para uma forma de pensar e fazer do profissional no cuidado a diferentes sujeitos e coletivos, onde o foco no dia a dia do indivíduo, nos pequenos acontecimentos e ações, nos detalhes da construção da história do sujeito, em articulação com o seu contexto social e suas singularidades torna-se essencial para as intervenções (SALLES; MATSUKURA, 2013).

Tendo em vista esse cuidado que contribui para integralidade, os estudantes expressaram diversas ações, estratégias e ferramentas de cuidado terapêutico ocupacional na APS.

As ações de cuidado em grupo foram destacadas, assim como o enfoque na prevenção de agravos, promoção da saúde e educação em saúde.

Acho que os grupos são uma ferramenta importante para essa prática na atenção primária, por que as vezes esse território tem demandas

que se repetem e que podem ser elaboradas em grupo (Roda de Conversa 3, IES C).

Podemos trabalhar com orientação, com palestras, com grupos de atividade física, grupo de gestantes, grupo de pacientes hipertensos e depressivos, orientação à família, grupos terapêuticos, atividades laborais, eu acho que atenção básica tem tudo a ver com a TO [...] não é só reabilitação, nosso foco também é prevenir, não permitir deformidades ou tentar minimizar [...] no trabalho com idosos, prevenir o déficit tanto físico como mental (Roda de Conversa 7, IES G).

As vezes as pessoas pensam só em reabilitação, só que não, a terapia ocupacional também está inserida na prevenção, promoção de saúde (Roda de Conversa 6, IES F).

Quanto à realização de diferentes grupos na APS, Furlan (2015) desenvolve a ideia de que o grupo na APS é uma produção de espaço para que as pessoas possam falar de sua experiência de adoecimento ou de sua condição de vida e das formas que encontram para agir no cotidiano, para que os demais aprendam, se espelhem, se apoiem ou criem novas maneiras de enfrentar situações semelhantes. Essas ideias aproximam-se das propostas de grupos que os terapeutas ocupacionais desenvolvem na APS.

Em relação as práticas de reabilitação na APS, destacam-se a utilização por terapeutas ocupacionais das contribuições da Reabilitação Baseada na Comunidade para ampliar o acesso das pessoas com deficiência a ações de reabilitação já no contexto comunitário, a partir também do envolvido coletivo entre os serviços, as pessoas, as famílias e a sociedade.

Uma outra estratégia de cuidado, presente no discurso dos estudantes, foi a visita domiciliar.

TO tem contribuições, não apenas na promoção e prevenção, mas também no cuidado dessas pessoas que têm lesões, e que muitas vezes estão em casa, sem outros acompanhamentos (Roda de Conversa 2, IES B).

As visitas domiciliares também ajudam a entender como esse sujeito vive, na casa dele, nas relações interpessoais, o que pode ser modificado, tanto no espaço físico quanto social (Roda de Conversa 4, IES D).

Na atenção primária fazemos visitas nas casas das pessoas, ver o espaço ali que elas moram (Roda de Conversa 7, IES G).

Então a gente pode ir numa casa, de que forma que a gente pode melhorar essa promoção na participação da pessoa na vida nas diversas áreas. Então se a pessoa tem uma dificuldade na locomoção

entre a sala e a cozinha, então de que forma podemos promover esse acesso para que ela participe do momento do almoço onde está toda família (Roda de Conversa 8, IES H).

Em relação às percepções dos estudantes sobre a visita domiciliar, temos as contribuições de Sakata et al. (2007), que ao compreenderem as concepções da equipe de Saúde da Família sobre as visitas domiciliares, identificaram que estas são entendidas como tecnologia no cuidado à saúde da família, pois são elas que favorecem uma comunicação dialógica e a integralidade do cuidado, e que envolvem orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário, buscando singularidades na forma de se cuidar e laços de confiança entre os profissionais, os usuários, a família e a comunidade.

Essa tecnologia de cuidado, segundo Ferreira e Oliver (2010), pode ser uma intervenção vantajosa, pois possibilita ao terapeuta ocupacional se aproximar da realidade da pessoa e compreender sua situação de vida. Essas autoras ao discutirem a atenção domiciliar como estratégia para facilitar oportunidades de convivência de pessoas com deficiências físicas, perceberam que o terapeuta ocupacional pode se aproximar do cotidiano da pessoa e ampliar as possibilidades de compreendê-la no domicílio, no ambiente físico, na rotina e nas relações familiares. É possível também por meio da atenção domiciliar conhecer o contexto social e fazer a articulação de rede com equipamentos sociais, que podem ser acionados para possibilitar caminhos para inserção e ampliação da rede social de suporte.

A atenção domiciliar nessas perspectivas apontadas por Ferreira e Oliver (2010), parece ser relevante à formação do terapeuta ocupacional para o cuidado na APS, no entanto, estudantes também relataram a centralidade de “ir no domicílio, só para fazer uma atividade”, como um fator limitante dessa tecnologia de cuidado, quando utilizada na formação.

Os estudantes abordaram a realização de ações de cuidado em reabilitação, em saúde mental e junto a pessoas com patologias crônicas, reiterando o caráter generalista necessário à formação do terapeuta ocupacional para a APS.

Uma questão do curso aqui, é formar um TO generalista e um TO para as políticas públicas, agora eu estou me sentindo útil lá na atenção primária, fazendo e conduzindo o trabalho (Roda de Conversa 3, IES C).

Além disso, os estudantes dessa Roda de Conversa 3, também apontaram que o as tecnologias leves (das relações) como proposta por Merhy (2004), devem ser as mais utilizadas na APS, mas afirmaram também que não existe um cuidado em saúde, apenas e somente com tecnologia leve, assim estariam ferindo a integralidade do cuidado.

Entender o cuidado terapêutico ocupacional na APS nos remete ao cotidiano no enlace com o território e a população e suas necessidades, essa trama de especificidades referidas pelos estudantes foi possível pela articulação de conteúdos e vivências durante a formação.

3.3.4 A FORMAÇÃO PARA APS, DESAFIOS E MUDANÇAS NECESSÁRIAS

3.3.4.1 DESAFIOS

Há desafios a enfrentar no que diz respeito à ausência de terapeutas ocupacionais na rede de serviços, uma vez que essa carência interfere na crítica e na identificação do estudante com aquela prática profissional. Além disso, o desconhecimento da profissão no campo de prática da APS pelas equipes e usuários também é desafiante.

Falta TO em tudo! Em tudo! E uma coisa que acontece muito e que é extremamente vergonhoso é que muitos municípios, como a cidade é universitária, por exemplo, aqui, eles preenchem a falta do profissional com estágios de graduação e não contratam profissional, só que agora saiu a legislação nova do CREFITO que exige que em todo setor de estágio tenha o TO contratado e foi até uma coisa que aconteceu com o nosso curso, que a gente perdeu vários setores de estágio, porque não tinha um TO contratado [...] (Roda de Conversa 5, IES E).

O que eu vejo é que as equipes da atenção primária vão entendendo a terapia ocupacional na APS, a partir do que a TO do serviço se dispõe a atender [...] (Roda de Conversa 3, IES C).

A ausência de TO na rede, se você for nas unidades, não tem [...] tem uma falta de reconhecimento do nosso serviço, então lá no estágio, estamos fazendo com que eles reconheçam nossos serviços e entendam que a terapia ocupacional pode ajudar e que a TO tem papel fundamental na atenção primária a saúde (Roda de Conversa 7, IES G).

Os estudantes relataram desafios em relação à prematuridade de inserção nas atividades práticas, como expresso na Roda de Conversa 2, e quanto ao caráter específico do estágio por área na APS, descrito na Roda de Conversa 8.

Desafio foi não saber o que era TO e o que a TO fazia naquele campo. Acho que fomos inseridos muito despreparados. Então as vezes chegávamos na casa da pessoa e não sabíamos como falar como se apresentar e aí a pessoa perguntava “você é psicóloga?”, eu falava “não, eu sou terapeuta ocupacional, “mas o que é isso?”, nem a gente sabia! Como é que iríamos explicar para outra pessoa, então eu acho que foi muito difícil [...] (Roda de Conversa 2, IES B).

Desafio de ir na atenção primária para estágios específicos, fomos divididos em três grupos, só para te localizar: G1, G2 e G3, o G1 e G2 fazem estágio em desenvolvimento infantil e saúde do idoso, a gente esse semestre fez em desenvolvimento infantil e no próximo vamos ter contato com a saúde do idoso na APS (Roda de Conversa 8, IES H).

Além das problemáticas sobre a focalização em grupos populacionais específicos APS, outros pontos desafiantes foram apontados pelos estudantes, como a relação deficitária entre a teoria e a prática no campo da APS, o que demonstra que somente a exposição teórica dos conteúdos ou a vivência prática não são suficientes para proporcionar um conhecimento efetivo sobre a realidade da APS (FONSECA; JUNQUEIRA, 2014). O que requer maiores aprofundamentos sobre diferentes modelos e abordagens do processo de ensino aprendizagem para a formação na APS.

Eu acho que ficou um pouco, assim, deficitária a questão da teoria, a hora que a gente vem para prática, principalmente atenção básica, que trabalha assim, muita coisa que a gente vai descobrir depois na prática, “nossa, não sabia que na atenção básica trabalha isso, trabalha aquilo” (Roda de Conversa 6, IES F).

Talvez falte mais a prática do que a teoria em relação a atenção primária [...] temos teoria o suficiente o que falta são espaços de prática [...] é bem perceptível a lacuna que fica, quando a gente vai discutir, como a gente não tem base em questões de ações, de vivências, é tudo pautado em aulas (Roda de Conversa 9, IES I).

Os desafios revelados pelos estudantes remetem à necessidade de estratégias coletivas entre os cursos de graduação, as entidades que representam a profissão (CREFITO, ABRATO, ATOESP e RENETO), os municípios e secretarias municipais de saúde que possuem cursos para o afinamento dos campos de prática e estágios profissionalizantes nos dispositivos que contemplam o terapeuta ocupacional na APS, como NASF, Consultório na Rua e Atendimento Domiciliar.

3.3.4.2 MUDANÇAS

As mudanças indicadas pelos estudantes foram de caráter específico do contexto de cada curso das IES. Assim, as apresentamos no *Quadro 25*.

Quadro 25 – Mudanças indicadas pelos estudantes

MUDANÇAS
Os professores de outros cursos têm um preconceito com o nosso curso ou não sabem o que é terapia ocupacional, uma mudança seria esclarecer os outros professores do Campus sobre o que é terapia ocupacional (Roda de Conversa 1, IES A).
Necessidade de melhor preparo das preceptoras que recebem os estudantes (Roda de Conversa 2, IES B).
Acho que o nosso curso aqui, tem uma certa fragilidade, na questão de reabilitação física. Por exemplo, produção de órtese, “não sei, se todo TO tem a obrigatoriedade de produzir todas as órteses”, se ele precisa ter esse conhecimento ou não, pensando no que o curso propõe, formar um TO generalista, acho que aqui deveríamos sair, sabendo produzir órtese, e daí uma questão, que apareceu sobre a APS, “o TO produziria órteses dentro da UBS, ou não? (Roda de Conversa 3, IES C).
Poderia abrir mais campos de estágios para fazermos prevenção (Roda de Conversa 7, IES G).
A questão de estar um único dia no estágio, eu fico pensando que a gente deveria ter mais ações no território na formação e não como extensão, na atenção primária, além do estágio. Eu acho que a gente deveria ter alguma matéria específica, como TO na atenção primária e desenvolver mais ações na UBS. E não esperar só o estágio e sim ter mais ações concretas (Roda de Conversa 8, IES H).

As mudanças pontuais de cada curso sugeridas pelos estudantes perpassam a necessidade e a relevância da participação expressiva do corpo discente nas discussões sobre a organização curricular e o processo de ensino aprendizagem nos diferentes componentes curriculares: teóricos e práticos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do objetivo deste estudo, que foi *descrever e analisar a formação graduada de terapeutas ocupacionais para o cuidado na Atenção Primária à Saúde em instituições de ensino superior do estado de São Paulo*, verificou-se que na formação, dos cursos pesquisados há componentes curriculares teóricos e práticos da APS, o que ficou evidente nos resultados e discussões apresentados por meio dos documentos dos cursos e das contribuições das coordenadoras, das docentes e dos discentes participantes.

Os PPP analisados estão em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional, apresentando semelhanças quanto às habilidades e competências gerais e específicas, assim como contemplando conteúdos, por meio de componentes curriculares das Ciências Biológicas e da Saúde; das Ciências Sociais e Humanas; e fundamentos teóricos metodológicos de terapia ocupacional (BRASIL, 2002). Os PPP foram propositivos nesse sentido das diretrizes, mas a concretude da formação, especificamente, para a APS, apresenta lacunas.

Entre essas lacunas, identificamos que os conteúdos referentes à APS estavam presentes em componentes curriculares da Saúde Pública, Saúde Coletiva e Epidemiologia, o que não seria ruim, mas, da maneira como foram indicados, pode haver um prejuízo para a construção da especificidade profissional já na formação para APS. Mas, quando esses componentes curriculares são cursados de maneira conjunta por estudantes de diferentes áreas profissionais pode-se haver a formação interprofissional que se enriquece da especificidade dos diferentes campos disciplinares.

Essa maior discussão da APS em conteúdos gerais ligados à Saúde Pública, Saúde Coletiva e Epidemiologia, e a pouca presença de componentes curriculares teóricos que dialogam com APS ligados a ciências sociais e humanas, como de Sociologia, Antropologia e Psicologia, é uma fragilidade, visto a interface desses conteúdos com a APS e a necessidade de subsídios teórico metodológicos para compreensão das contradições sociais presentes no cotidiano das populações e dos profissionais vinculados a esse campo.

A heterogeneidade dos desenhos curriculares dos cursos em relação à formação para APS está apoiada na flexibilização da formação como norteiam as diretrizes, o que, dependendo de seus desdobramentos, pode levar ao risco do enfraquecimento do escopo do campo de conhecimento da terapia ocupacional.

Mesmo os cursos pesquisados apresentando uma formação para o cuidado na APS, observaram-se fragilidades pela ausência de preceptores, terapeutas ocupacionais, nos serviços de APS, como também a ausência, em alguns cursos, de estágios profissionalizantes nessa área.

Dessa forma, ao analisar as diferentes perspectivas presentes nesta pesquisa, percebemos que a formação para o cuidado na APS, deve ter transversalidade no curso, juntamente com formação específica de terapia ocupacional na APS por meio de componentes curriculares teóricos e práticos, incluída a presença de estágio profissionalizante na área e a oferta de projetos de extensão e de iniciação científica.

Os achados apontam para uma composição da formação para o cuidado terapêutico ocupacional na APS, com delineamento que perpassa o cotidiano, o território, a ação intersetorial e as diferentes estratégias e abordagens de cuidado individual e em grupo. Além disso, deve compor a formação para a APS, a aprendizagem sobre o acesso às políticas sociais (por meio dos direitos a diferentes programas e benefícios) e ao cuidado em saúde e, dessa maneira, apoiar a construção de percursos de participação da população nas diferentes esferas da vida.

Quanto às docentes, fica evidente uma trajetória de formação profissional e acadêmica em interface com a APS e com a luta pelo direito ao cuidado em saúde público e universal, o que é demonstrado pelos diálogos que as professoras possuem com a APS desde o processo da Reforma Sanitária (anos 1970 e 1980) até os dias atuais. Isso aponta para a necessidade de uma sistematização própria da profissão na APS, com ampla participação de seu corpo docente, visto que a especificidade, nesse campo, encontra-se em construção.

Os estudantes apresentaram compreensões significativas sobre a APS, o que denota que há percursos de formação desse profissional para o cuidado nesse contexto assistencial. Os alunos atribuíram uma forte influência da formação prática na APS, como responsável para a aquisição de conhecimentos para a intervenção futura na APS, mas desde que a prática seja embasada teoricamente. Além disso, eles percebem a APS, numa relação muito próxima com o objeto e os objetivos da terapia ocupacional, percebendo nessa proximidade a compreensão do cotidiano da população como essencial à profissão e à APS.

As contribuições dessa pesquisa estão, principalmente, delineadas pela possibilidade de refletir sobre a formação para o cuidado na APS, o que ainda é pouco sistematizado na terapia ocupacional, além de contribuir para a revisão dos processos de

ensino aprendizagem e dos conteúdos teórico metodológicos necessários a esse campo, já na formação graduada.

Também percebemos potencialidade da formação em terapia ocupacional para práticas profissionais, que sejam capazes de contribuir para a maior qualificação do cuidado de pessoas com deficiência e em sofrimento psíquico e para o enfrentamento de questões epidemiológicas significativas como a coexistência nos territórios de doenças infectocontagiosas e crônicas, de questões sociais e aquelas relacionadas à transição demográfica, temas essenciais e presentes na APS.

Em relação às limitações desta pesquisa, ela está circunscrita à realidade do estado de São Paulo, mais precisamente à realidade de nove cursos, instalados em nove diferentes municípios desse estado, o que não possibilita generalizações, mas sugere os desafios a serem enfrentados, num estado com grande concentração de cursos de graduação da área.

Quanto às escolhas para a realização da pesquisa, vemos a limitação de não se ter trabalhado com todos os alunos de último ano dos cursos, mas sim com aqueles que tiveram interesse em participar do estudo, o que é essencial, mas impossibilita a maior compreensão do conjunto de estudantes. Um fator que pode ter impedido, em parte, uma análise em maior profundidade do campo empírico, foi o fato do pesquisador não conhecer a realidade dos serviços de APS de todos os municípios onde é realizada a formação, assim como os documentos de convênio ensino-serviço para o campo da APS o que possibilitaria melhor compreensão da perspectiva de terapeutas ocupacionais técnicos ou preceptores dos alunos no campo de prática.

Todo o processo da pesquisa, permitiu, pelo seu caráter exploratório, apontar propostas de novas investigações, tais como: analisar o contexto de formação teórico prática nos serviços de APS, por meio dos diferentes atores, docente, aluno, equipes de APS e população e assim identificar os resultados de nossas práticas nesse nível assistencial. Ou ainda, identificar como a formação para contextos territoriais e comunitários, incluindo a APS, pode fortalecer a formação do profissional técnico, ético e político; reconhecer as especificidades da formação para APS no contexto brasileiro, para que realizemos intercâmbios com nossos vizinhos latino americanos e com outros países do mundo, tendo em vista que a formação é uma das possibilidades de comunicação para o debate dos fundamentos da profissão. Outra possibilidade associada às demais seria também investigar a prática profissional do terapeuta ocupacional nos diferentes dispositivos de APS: NASF, CnR e AD.

A presente pesquisa, possibilitou a descoberta: dos desafios, angústias e potências que os diferentes cursos e atores da formação enfrentam; como a dificuldade do reconhecimento da profissão nos serviços de APS; ou ainda a marginalização do curso de terapia ocupacional nas Instituições de Ensino Superior.

Desse modo, o processo de construção do trabalho de campo e as reflexões trazidas pelo estudo permitiram analisar que os processos formativos da terapia ocupacional têm promovido, em alguma medida, um profissional crítico, com saberes próprios, disponível a estar na APS e realizar um trabalho específico e em equipe de maneira a contribuir para o desenvolvimento do cuidado em saúde qualificado junto à população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Revista Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.
- ALMEIDA, P. F. Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: Isags-Unasur, 2015. p.155-194.
- ANTUNES, M. H.; ROCHA, E. F. Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia Ocupacional na estratégia da Saúde da Família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência – no período de 2000-2006. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 270-278, 2011.
- BAISSIA, G.; MAXTA, B. S. B. Experiência da Terapia Ocupacional no cuidado familiar em um serviço de Atenção Primária em Saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 413-422, 2013.
- BALLARIN, M. L. G. S. A formação do terapeuta ocupacional: conversando sobre o ensino de grupos e em grupos. In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. (Org.). *Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações*. São Paulo: SUMMUS, 2015. p. 27-47.
- BARATA, R. B. *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 118p.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.
- BARDI, G. MALFITANO, A. P. S. Terapia Ocupacional Social e as Implicações Éticas em Pesquisa. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos v. 22, Suplemento Especial 2, 2014.
- BARREYRO, G. B.; ROTHEN, J. C. Para uma história da avaliação da educação superior brasileira: análise dos documentos do PARU, CNRES, GERES e PAIUB. *Avaliação*, Campinas, Sorocaba, v. 13, n. 1, p. 131-152, 2008.
- BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Novos Espaços: Novos Sujeitos: a terapia ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, G. (Org.). *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: KOOGAN, 2007. p. 354-363.
- BASSI, B. G. C. *Terapia Ocupacional na atenção básica à saúde no município de São Carlos: um enfoque nas pessoas com deficiência e nas pessoas com sofrimento mental*. 2012. 134 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional), Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

BASSI, B. G. C.; MALFITANO, A. P. S.; BIANCHI, P. C. O Terapeuta Ocupacional na Atenção Básica em Saúde: a representatividade em revistas e nos congressos brasileiros da área. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 443-454, 2012.

BASTOS DE PAULA, S. H. *Memórias e Histórias da Atenção Básica do Estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. 270 p.

BEIRÃO, R. O. S.; ALVES, C. K. A. Terapia ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 18, n.3, p. 231-246, 2010.

BRASIL. *Portal do e – MEC*. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 26 set. 2015.

BRASIL. *Portaria GM nº 963, de 27 de maio de 2013*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. *Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BRASIL. *Portaria GM nº 122, de 25 de janeiro de 2012*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprovou a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2010.

BRASIL. *Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os núcleos de apoio à saúde da família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília – DF: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2005.

BRASIL. *Resolução CNE/CES, nº 6, de 19 de fevereiro 2002*. Instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002.

BRASIL. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001 do SUS. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Norma Operacional Básica – NOB/1996 do SUS. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1996a.

BRASIL. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional LDBEN/1996. Brasília, DF: Ministério da Educação, 1996b.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRAVO, V. A. A.; CYRINO, E. G.; AZEVEDO, M. A. R. Ensino na atenção primária à saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais: o papel do projeto político-pedagógico. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (Org.). *Saúde, Ensino e Comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 25-48.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2012. p. 885-910.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Rev. Bras. Educ. Med.* Rio de Janeiro, v.24, n. 3, p. 53-60, 2000.

CAMPOS, G. W. S. C. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. C e GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores LTDA, 2008. p.132-152.

CAMPOS, L. C. B.; DELLA BARBA, P. C. S.; MARTINEZ, C. M. S. A formação do Terapeuta Ocupacional com ênfase na atenção básica em saúde: o ponto de vista de docentes. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 24, n.1, p. 9-17, 2013.

CALDEIRA, V. A. *Prática de terapia ocupacional em unidade básica de saúde na atenção às pessoas com deficiência*. 2009. 180 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 89-100, 1999.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P. E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 914-920, 2006.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

CARVALHO, S. B. O.; DUARTE, L. R.; GUERRERO, J. M. A. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 123-144, 2015.

CAVALCANTE, G. M. M.; TAVARES, M. M. F.; BEZERRA, W. C. Terapia ocupacional e capitalismo: articulação histórica e conexões para a compreensão da profissão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v.19, n. 1, p. 29-33, 2008.

CECCIM, R. B. Compromissos do ensino da saúde com os desafios sociais. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (Org.). *Saúde, Ensino e Comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 13-21.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, concepções e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS C., M. (Org.). *Educação dos profissionais da América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Tradução: Adja Barbieri Durão et al. Londrina: Ed. UEL, 1999. 2º volume. p. 1-16.

COFFITO. *Resolução do COFFITO nº 407 de 18 de agosto de 2011*. Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências. Brasília, DF: COFFITO, 2011.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, Suplemento 1, p. 7-27, 2008.

CONTERNO, S. F. R. *Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos*. 2013. 260 f. Tese (Doutorado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

CSEB, Universidade de São Paulo (USP/Capital). *Portal do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa*. Disponível em: <<http://www2.fm.usp.br/cseb/>>. Acesso em: 15 de jan. 2016.

CUETO, M. *Saúde Global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 120p.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P., BARTALOTTI, C. C. (Org.). *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: PLEXUS, 2001. 181 p.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão, 1978.

DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 258-267, 2010.

DRUMMOND, A. F. Fundamentos da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, G. (Org.). *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: KOOGAN, 2007. p. 10-17.

ELIAS, P. E. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. *Estud. Av.*, São Paulo, v. 13. n. 35. p. 125-137, 1999.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.22, n.1, p.187-198, 2013.

EMMEL, M. L.G.; LANCMAN, S. Quem são nossos mestres e doutores? O avanço da capacitação docente em Terapia Ocupacional no Brasil. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 7, n. 1, p. 29-38, 1998.

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

FERIOTTI, M. L. Construção de identidade (s) em Terapia Ocupacional no Contexto das Transformações Paradigmáticas da Saúde e da Ciência. In: FERIOTTI, M. L. (Org.). *Terapia Ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais*. Curitiba: CRV, 2013. p. 43-72.

FONSECA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: ressignificando a formação dos profissionais de saúde*. Curitiba: APPRIS, 2014. 246 p.

FREIRE, P. *Extensão ou Comunicação?* .7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1983. 93 p.

FURLAN, P. G. O caso “Grupo Terapêutico” os grupos de encontro e a clínica na atenção básica à saúde. In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. (Org.). *Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações*. São Paulo: SUMMUS, 2015. p. 275-288.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-109, 2003.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 220 p.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOMES, M. H. A.; MARTIN, D.; SILVEIRA C. Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. *Interface - Comunic. Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 469-77, 2014.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 32. ed. Petrópolis: VOZES, 2012. p.79-108.

GOMES, A. M. A. et al. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v.12, n.27, p.773-82, 2008.

GONÇALVES, H.; MENASCHE, R. Pesquisando na interface: problemas e desafios a partir da pesquisa qualitativa em saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 449-56, 2014.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. 124 p.

IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

KISIL, M. A Fundação W. K. Kellogg e o desenvolvimento da enfermagem na América Latina. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 1, n.1, p. 37-42, 1993.

KNAUTH, D. R, LEAL, A. F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. *Interface - Comunic. Saúde Educ.* Botucatu, v. 18, n. 50, p. 457-67, 2014.

KUABARA, C. et al. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Min. Enferm.* Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 195-201, 2014.

LANCETTI, A.; GOUVÊA, I. G. C. Projeto Qualis: A revolução interrompida. In: LENIR SANTOS, L. O. M. A. (Org). *Saúde Pública, meu amor*. Campinas: Saberes Editora, 2013. p. 119-127.

LANCMAN, S. Reflexões sobre uma trajetória na Terapia Ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 471-478, 2012.

LANCMAN, S.; PESSOA, A. S. V.; GALHEIGO, S. M. *Padrão Mínimo de Qualidade para Cursos de Terapia Ocupacional*. Brasília: DEPESES/SESu/Ministério da Educação, 1997.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

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

LOPES, R. E.; PAN, L. C. O ensino de terapia ocupacional social nas universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 103-111, 2013.

LOPES, R. E. et al. XI Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional: refletindo sobre os processos de formação acadêmica e profissional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 159-166, 2008.

LOPES, R. E. A formação do terapeuta ocupacional. O currículo: histórico e propostas alternativas. 1991. 215 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação do Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1991.

MALFITANO, A. P. S. BIANCHI, P. C. Terapia ocupacional e atuação em contextos de vulnerabilidade social: distinções e proximidades entre a área social e o campo de atenção básica em saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 563-574, 2013.

MÂNGIA, E. F. Apontamentos sobre o campo da Terapia Ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univer. São Paulo*, São Paulo, v. 9, n.1, p. 5-13, 1998.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Org.). *Colóquios sobre pesquisa em educação especial*. Londrina: EDUEL, 2003. p. 11-25.

MASSUDA, A. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. C e GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores LTDA, 2008. p. 179-205.

MAY, T. I. M. *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Tradução Carlos Alberto Silveira. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. 250 p.

MEDEIROS, M. H. R. *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Carlos-SP: EDUFSCAR, 2003. 184 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: HUCITEC, 1994. 278 p.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, Suplemento 2, p. 2133-2144, 2008.

MOTA, A. SCHRAIBER, L. B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 4, p. 837-852, 2011.

NICOLAU, S. M. Grupos na atenção básica: enraizar-se em uma comunidade. In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. (Org.) *Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações*. São Paulo: SUMMUS, 2015. p. 264-274.

NOSELLA, P. Formação Universitária x Prática Profissional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, São Carlos, v. 3, n. 1, p. 53-60, 1992.

OCKÉ-REIS, C. O. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro-RJ. FIOCRUZ, 2012. 176 p.

OLIVEIRA, R. H. Terapia Ocupacional na Estratégia Saúde da Família: reflexões e perspectivas. In: BOURGET, M. M. M. (Org.) *Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação*. São Paulo: Martinari, 2008. p. 78-96.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-Produção de Projetos Coletivos e Diferentes “Olhares” sobre o Território. In: CAMPOS, G. W. S. C e GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores LTDA, 2008. p.247-272.

OLIVER, F. C. et al. *III Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional: a formação pós-graduada e a produção de conhecimentos na área para o Brasil do século XXI*. São Carlos: UFSCar/USP/RENETO, 2014. Relatório PAEP, nº. 5310/2014-01. 20 p.

OLIVER, F. C.; AOKI, M.; CALDEIRA, V. A. A formação do terapeuta ocupacional: contribuições da atenção básica em saúde. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 13º, 2013, São Paulo. *Anais...* São Paulo: CPSP, 2013.

OLIVER, F. C. et al. Formação do terapeuta ocupacional para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS): contribuições para o debate. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 327-340, 2012.

OLIVER, F. C.; ALMEIDA, M. C. Reabilitação Baseada na Comunidade. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, G. (Org.). *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: KOOGAN, 2007. p. 125-132.

- 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 - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 8, n.15, p. 275-288, 2004.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão crítica*. 3. ed. Rio de Janeiro: EDUFBA, 2013. 355 p.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, suplemento, p. 1819-1829, 2007.
- PALHARES, M. Estudo do Currículo de Terapia Ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 2, n. 2, p. 149-165, 1991.
- PAN, L. C. *Políticas de Ensino Superior, Graduação em Terapia Ocupacional e o Ensino de Terapia Ocupacional Social no Brasil*. 2014. 224 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional), Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.
- PALM, R. C. M. *Catálogo Latinoamericano de Asociaciones, Carreras y Postgrados de Terapia Ocupacional*. Curitiba: CLATO, 2012.
- PIMENTEL, A. M.; OLIVER, F. C.; UCHÔAFIGUEIREDO, L. Formação do Terapeuta Ocupacional para o Trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS). In: SEMINÁRIO DE TERAPIA OCUPACIONAL NA APS, 1. 2011, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ATOESP: 2011. p. 1-4.
- RAMOS, L. S. et al. Estratégia de Roda de Conversa no processo de educação permanente em saúde mental. *Rev. Rene.*, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 845-853, 2013.
- RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Ciências médicas). Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, 2011.
- SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.
- SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F. LUCIO, P. B. *Metodologia de Pesquisa*. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013. 624 p.

SANTOS, M. *O Espaço do Cidadão*. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007. 176 p.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 15-26, 1999.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, (Suplemento), p. 203-211, 2002.

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. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000 – (Saúde em Debate: 96, série Didática: 3). p. 29-47.

SCHWARTZ, K. B. História e tendência da prática no tratamento da disfunção física. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas*. São Paulo: ROCA, 2005. p. 14-20.

SCHMIT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 391-398, 2008.

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

SILVEIRA, N. *Terapêutica Ocupacional: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 1976. 66 p.

SOARES, L. B. T. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, G. (Org.). *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: KOOGAN, 2007. p. 3-9.

SOARES, L. B. T. *Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: Editora Hucitec, 1991. 217 p.

SOUZA, C. C. B. X. et al. Metodologia de apoio matricial: interfaces entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 20, n.3, p. 363-368, 2012.

STARFIELD, D. B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2012. 175 p.

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Pesquisador: RODRIGO ALVES DOS SANTOS SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36481714.8.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 990.200

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal, exploratório, com análise quanti-qualitativa. Estudantes do último ano do curso de terapia ocupacional (TO) serão convidados a participarem de rodas de conversas para discutir sobre as características do processo de ensino-aprendizagem no âmbito do cuidado na atenção primária em saúde (APS). Também serão entrevistados os coordenadores dos cursos de TO dos estudantes participantes e/ou os docentes responsáveis pela área de APS nestes cursos. Os projetos político pedagógicos destes cursos também serão utilizados para coleta de informações.

Objetivo da Pesquisa:

Pretende, primariamente, analisar e compreender a formação para o cuidado na APS a partir da perspectiva dos estudantes de graduação em TO do Estado de São Paulo. E como objetivos secundários, almeja: identificar as singularidades, potencialidades e os desafios que se apresentam para os estudantes de graduação em TO que participam de atividades de ensino na APS; identificar e analisar os conhecimentos indicados pelo estudante como fundamentais para a realização da formação em TO para APS; identificar e analisar os conteúdos trabalhados pelos estudantes de graduação e docentes responsáveis pela área da APS e correlacioná-los com o cuidado da TO na APS.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 900.200

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador apontou a possibilidade de:

1-) riscos de desconforto psicológico e danos acadêmicos individuais e coletivos em função do seu posicionamento;

2-) risco das gravações ou de informações fornecidas serem divulgadas ou consultadas por outras pessoas que não fazem parte dessa pesquisa, sem o consentimento do participante.

O pesquisador detalhou as medidas para diminuir a chance de risco tais como, a saber:

a-) identificar os participantes sempre por código para preservação de suas identidades e para apresentação dos dados em relatórios de pesquisa e dissertação, artigos científicos e trabalhos apresentados em eventos científicos;

b-) Desenvolver a pesquisa no ambiente da universidade em local previamente agendado, onde os estudantes realizam suas atividades acadêmicas, portanto a pesquisa não oferecerá danos físicos ou psicológicos aos participantes, pois os mesmos estão familiarizados com o ambiente.

c-) o pesquisador poderá interromper o procedimento de coleta de dados como também mediar as relações interpessoais, com o objetivo de prevenir qualquer atrito ou desgaste social, psicológico e/ou emocional, oferecendo suporte e acolhimento para situações de desconforto e constrangimento.

d-) Todos os dados da pesquisa serão guardados em local seguro de acesso restrito ao pesquisador principal

Como benefícios o pesquisador cita a contribuição sobre formação do Terapeuta Ocupacional para o cuidado na APS, ao identificar questões e desafios enfrentados durante sua formação, como também possibilitará o fortalecimento das discussões sobre os pressupostos pedagógicos e conteúdos teóricos necessários na formação da Terapia Ocupacional na APS.

Analisando os riscos e benefícios, bem como as medidas de prevenção estabelecidas, pode-se inferir que os benefícios suplantam os riscos da participação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa possui relevância à área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador anexou os termos de apresentação obrigatória:

1-) Folha de rosto assinada;

2-) TCLE para estudantes, coordenadores e docentes individualizados;

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 990.200

3-) Termo de ciência dos locais onde a pesquisa será realizada;

4-) Projeto;

5-) Informações Básicas

6-) Cronograma atualizado;

Recomendações:

Sem mais recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 18 de Março de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICES

Apêndice I - Roteiro de Análise de Documentos (RAD)

Critério para a sugestão de conteúdos teóricos e de formação prática voltada para a APS: sugestão dos juízes; experiência profissional do pesquisador e orientadora na área de formação de Terapia Ocupacional para a APS e levantamento bibliográfico nos dois periódicos de maior circulação de Terapia Ocupacional no Brasil. **Sugestão:** Para essa pesquisa serão considerados conteúdos teóricos e formação prática voltada para APS:

- **Eixo de atividades práticas de formação:** Estágio curricular, atividades práticas e programas de extensão e visitas técnicas na APS; presença de preceptor e/ou docente de terapia ocupacional no campo da APS.
- **Eixo transversal:** Políticas e Sistemas de saúde; Reforma Sanitária e SUS; Saúde Pública e Saúde Coletiva e diferentes perspectivas; Território e Comunidade; Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde; Política Nacional de Atenção Básica à Saúde - Ferramentas de trabalho da Humanização na Atenção Primária à Saúde: PTS; PST; Apoio Matricial; Clínica Ampliada; Visita Domiciliar; Ambiência; ESF e NASF; Redes de Atenção à Saúde; Gestão de Serviços, do trabalho e do cuidado em saúde; Epidemiologia; vulnerabilidade social, condicionantes e determinantes de saúde; Processo saúde doença; Trabalho em equipe/interdisciplinaridade e intersetorialidade; Discussão sobre família e redes de suporte e os diferentes ciclos de vida; controle social e participação social.
- **Eixo de aproximação:** Reabilitação Psicossocial; Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC); Grupos; Educação Popular em saúde; prevenção e promoção em saúde; Práticas Integrativas e Complementares; Acesso e acessibilidade.
- **Eixo de possibilidades:** Interface com conteúdos da área biológica e das ciências sociais e humanas que possibilitem o cuidado e atenção da Terapia Ocupacional às diferentes necessidades do contexto da APS, como também a compreensão de mundo.
- **Eixo nuclear:** Atenção/ intervenção da Terapia Ocupacional em contextos territoriais e comunitários – (acompanhamento individual, de famílias e de grupos da comunidade, diagnóstico situacional e territorialização, estudo das necessidades em saúde, do acesso e da acessibilidade aos serviços e lugares da população, ações intersetoriais com a cultura, assistência social, educação, entre outras); Avaliação, prescrição e adaptação de equipamentos de ajuda e tecnologia assistiva; Avaliação e treino de atividades de vida diária e de atividades instrumentais de vida diária; perspectivas e abordagens da Terapia Ocupacional no NASF, na ESF, no Consultório na Rua e nas Equipes de Atendimento Domiciliar; A vida cotidiana e as condições crônicas; Cotidiano, cuidado e necessidades de pessoas com deficiência e/ou com sofrimento psíquico no contexto territorial e comunitário e de seus cuidadores.

Roteiro de Análise de Documentos (RAD)

- | |
|---|
| 1. Conhecer desde quando os cursos estão em funcionamento e o número médio de formandos por ano. Além de conhecer desde quando a Atenção Primária à Saúde passou a ser um campo teórico e/ou de práticas inserido na formação. |
| 2. Registrar a carga horária total do curso de graduação e a carga horária destinada a formação para a APS. Além de identificar os lugares e os serviços onde é realizada a formação prática dos estudantes. Em que serviços são desenvolvidas as atividades de formação prática? Centros de saúde escola, Unidade Básica de Saúde, Unidade Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre outras. |
| 3. Identificar a presença de conteúdos teóricos e formação prática voltada para APS e a distribuição desses conteúdos ao longo dos anos de formação. |
| 4. Metodologia de ensino adotada no curso e nas atividades relacionadas ao ensino vinculado à APS. Estágio Curricular e atividades práticas estão contempladas no Projeto Político Pedagógico. |
| 5. Identificar aspectos potenciais e limites das ações de formação em Terapia Ocupacional para a Atenção Primária à Saúde. |

Apêndice II - Roteiro para Entrevista com o Coordenador (REC)

A) Caracterização do entrevistado:
1. Nome do entrevistado, gênero e idade. (Código de identificação)
2. Formação de graduação e pós-graduação e ano de conclusão.
3. Há quanto tempo foi contratado por esta universidade e há quanto tempo realiza a função de coordenador (a).
B) Roteiro de entrevista:
1. Desde quando o curso está em funcionamento e qual o número médio de formandos por ano?
2. Desde quando a Atenção Primária à Saúde passou a ser um campo teórico e/ou de práticas inserido na formação?
3. Há parcerias e/ou convênios do curso de Terapia Ocupacional com os serviços da rede de assistência à saúde?
4. Estágios Curriculares, não curriculares e atividades práticas no campo da APS estão contempladas no curso? Caso o curso possua outras estratégias, poderia descrever?
5. Qual a Metodologia de ensino adotada no curso e nas atividades relacionadas ao ensino vinculado à APS?
6. Poderia me indicar o (s) docente (s) responsáveis por conteúdos ou práticas vinculadas a APS? Qual o melhor local e horário para encontrá-los para haver a apresentação da pesquisa? Poderia me passar os seus contatos de telefone e correio eletrônico?
7. Caso este curso seja selecionado para a próxima etapa da pesquisa. Qual o melhor local para encontrar um número significativo de estudantes do último ano ou período de Terapia Ocupacional para haver a apresentação da pesquisa? O curso pode disponibilizar local para realização da Roda de Conversa com os estudantes?
8. Poderia disponibilizar Ementas e/ou Cronogramas das disciplinas relacionadas a APS e projeto político pedagógico do curso?
9. Gostaria de acrescentar alguma informação?

Apêndice III - Roteiro para Entrevista com o Docente responsável pela área da APS (RED)

Caracterização do entrevistado:
1.Nome do entrevistado, gênero e idade. (Código de identificação)
2.Formação de graduação e pós-graduação e ano de conclusão.
3.Há quanto tempo foi contratado (a) por esta universidade e há quanto tempo ministra matéria/disciplina(s) relacionada(s) à APS.
4.Durante sua formação você teve alguma disciplina relacionada à APS? Ou teve alguma formação e/ou experiência prática nesta área?
5.Atualmente, o que você considera que influencia(ou) na sua formação para pensar o trabalho docente e assistencial para a formação do terapeuta ocupacional para a APS?
Roteiro de entrevista:
1.Desde quando a Atenção Primária à Saúde passou a ser um campo teórico e/ou de práticas inserido na formação deste curso? Qual a metodologia de ensino aprendizagem adotada nas atividades relacionadas ao ensino vinculado à APS?
2. Como você descreve a formação voltada para APS do curso de graduação de Terapia Ocupacional? No campo do ensino, pesquisa e extensão. 2.1 O que você considera essencial de conhecimento teórico e prático para o trabalho do terapeuta ocupacional na Atenção Primária à Saúde?
3. Quais apoios foram disponibilizados pela coordenação do curso de Terapia Ocupacional, pela universidade ou faculdade e/ou pela rede de saúde para atender à formação voltada para a APS?
4. Em que lugares são realizadas as ações de formação prática? Centros de saúde escola, Unidade Básica de Saúde, Unidade Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, centros de convivência, escolas entre outras. 4.1 Como se dá a relação entre o curso de Terapia Ocupacional e a rede de assistência à saúde e, especificamente, com APS? Quais seriam as barreiras e os facilitadores dessa relação interinstitucional. 4.2 Como está organizada a gestão dos serviços de APS do município? Por meio de administração direta ou via Organizações Sociais (OS)?
5. Há presença de terapeutas ocupacionais na rede de assistência à saúde e, especificamente, na APS? Esses profissionais recebem os estudantes de terapia ocupacional? 5.1 No caso de serem preceptores, como o docente/coordenador avalia essa parceria? 5.2 Quando não há preceptores, quem é o responsável pelo acompanhamento dos estudantes de terapia ocupacional no campo de prática da APS?
6. Como o você entende como sendo o cuidado no campo da APS (do ponto de vista teórico e prático, da vivência pessoal) em geral, e em particular aquele que pode ser realizado pelo terapeuta ocupacional?
7. Na sua opinião, quais são os principais desafios para a formação do estudante de Terapia Ocupacional para a APS? Ainda que os desafios estejam colocados, quais as potencialidades que você verifica a partir da formação voltada para APS?
8. Na sua opinião, o curso de graduação necessita de mudanças e/ou ajustes para garantir uma melhor formação do Terapeuta Ocupacional para a APS? Se sim, qual (is)?
9. Você gostaria de completar com informações que considera relevante?
10. Caso este curso seja selecionado para a próxima etapa da pesquisa. Qual o melhor local para encontrar um número significativo de estudantes de Terapia Ocupacional do último ano/período para haver a apresentação da pesquisa? O curso pode disponibilizar local para realização da Roda de Conversa os estudantes?

Apêndice IV - Roteiro para a Roda de Conversa (RRC)

I Etapa

Apresentação dos objetivos e procedimentos metodológicos para a coleta de dados do estudo aos estudantes de Terapia Ocupacional de cada curso de graduação do estado de São Paulo.

Convite aos estudantes de Terapia Ocupacional que manifestarem interesse de participar da pesquisa.

Agendamento de dia, horário e local para a realização da Roda de Conversa com os estudantes de Terapia Ocupacional.

Serão realizadas Rodas de Conversa com os estudantes de graduação de cada instituição de ensino, que concordar em participar do estudo.

II Etapa

Apresentação da metodologia de Roda de Conversa e dos procedimentos éticos da pesquisa.

Os estudantes serão informados sobre os disparadores temáticos para a realização do grupo: - a percepção de estar na APS enquanto discente de Terapia Ocupacional; - a identificação do que é APS e das atividades de cuidado desenvolvidas na APS; - o conhecimento do contexto territorial e comunitário da APS; - o papel da APS na formação como Terapeuta Ocupacional.

A) Caracterização dos participantes:
1. Código de identificação do entrevistado, gênero e idade
2. Ano de início do curso dos participantes
3. Período ou semestre que estão cursando
B) Roteiro da Roda de Conversa:
O que é para vocês a Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica à Saúde)?
Vocês consideram que a Terapia Ocupacional pode oferecer contribuições para a APS? Se sim, quais e por quê? Se não, por quê?
Vocês podem exemplificar disciplinas, atividades e/ou iniciativas relacionadas à APS desenvolvidas ao longo da sua formação acadêmica?
O grupo pode exemplificar as atividades e experiências desenvolvidas no contexto territorial e comunitário da APS?
O que o grupo entende como sendo o cuidado na APS (do ponto de vista teórico e prático, da vivência pessoal) em geral, e em particular aquele que pode ser realizado pelo terapeuta ocupacional?
O grupo pode exemplificar ações de cuidado exitosas durante a formação na APS?
O grupo pode exemplificar ações de cuidado desafiantes durante a formação na APS?
A formação em Terapia Ocupacional para a APS foi (ou é) suficiente para vocês atuarem na APS após a graduação? Se sim por quê. Se não por quê.
O que o grupo considera essencial de conhecimento teórico e prático para o trabalho do terapeuta ocupacional na APS.
O grupo considera que o curso de graduação necessita de mudanças e/ou ajustes para garantir uma melhor formação do Terapeuta Ocupacional para a APS? Se sim, qual (is)?

Apêndice V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coordenador (a) de Cursos de Terapia Ocupacional

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO**”. A pesquisa faz parte da dissertação de mestrado em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) do estudante de pós-graduação/pesquisador Rodrigo Alves dos Santos Silva, sob a orientação da Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver, com o objetivo de analisar e compreender a formação para o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar dessa pesquisa por ser coordenador (a) de curso de graduação em Terapia Ocupacional do estado de São Paulo. Ao participar desta pesquisa, o (a) senhor (a) contribuirá com suas reflexões sobre formação do Terapeuta Ocupacional para o cuidado na APS, ao identificar questões e desafios enfrentados pelo curso de graduação que você coordena, como também possibilitar o fortalecimento das discussões sobre os pressupostos pedagógicos e conteúdos teóricos necessários na formação da Terapia Ocupacional na APS.

Para o participante coordenador: A entrevista será realizada em horário e local previamente agendado com o (a) senhor (a), no ambiente de sua instituição de ensino, onde realiza suas atividades acadêmicas e de gestão, e nesse sentido a pesquisa não lhe oferecerá riscos físicos pelo senhor (a) estar familiarizado com o espaço.

Durante toda a pesquisa serão tomadas providências e cautelas para prevenir riscos, desconfortos e danos referentes ao processo de trabalho na coordenação do curso de terapia ocupacional, na docência do ensino superior e/ou como pesquisador. Essas providências e cautelas serão: - identificar os participantes sempre por código para preservação de suas identidades e para apresentação dos dados em relatórios de pesquisa e dissertação, artigos científicos e trabalhos apresentados em eventos científicos; - zelar pela privacidade e sigilo do ambiente tornando o local protegido para sua participação; - contratualizar pactos com o participante coordenador para que o uso das informações relatadas nas entrevistas seja restrito aos objetivos dessa pesquisa e essas não terão validade para qualquer outro fim.

Mesmo com as providências e cautelas tomadas pelo pesquisador, o participante coordenador poderá estar exposto aos riscos de desconforto psicológico e danos acadêmicos individuais e coletivos em função do seu posicionamento e/ou críticas proferidas durante sua entrevista. Os participantes coordenadores correm o risco de se sentirem tristes em relembrar informações que eles entendam como desagradáveis (se existir). Como as entrevistas serão gravadas, existe o risco desse material ou de informações fornecidas serem divulgadas ou consultadas por outras pessoas que não fazem parte dessa pesquisa, sem o consentimento do participante coordenador. Para minimizar a chance dessas ocorrências, todos os dados da pesquisa serão guardados em local seguro de acesso restrito ao pesquisador principal.

Contudo, caso haja algum desconforto psicológico por posicionamento e/ou críticas proferidas durante a entrevista, o pesquisador poderá interromper o procedimento de coleta de dados, com o objetivo de prevenir qualquer atrito ou desgaste social, psicológico e/ou emocional, oferecendo suporte e acolhimento para situações de desconforto e constrangimento.

No início da entrevista, o senhor (a) poderá se sentir pouco à vontade por não conhecer o pesquisador, mas isso será amenizado no decorrer desse encontro, visto que

o pesquisador procurará criar uma situação confortável e acolhedora para a sua participação.

O nome do senhor (a) será mantido em sigilo, para garantir a privacidade e o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Da mesma forma que, em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá acesso ao pesquisador para esclarecimento de eventuais dúvidas, e também possuirá uma cópia deste termo de consentimento em que constam os dados e contatos do pesquisador. O pesquisador executante é o Bacharel em Terapia Ocupacional **Rodrigo Alves dos Santos Silva** que pode ser encontrado no endereço Rua: Professor José Ferraz de Camargo, 375 – Vila Celina - São Carlos/SP - Fone: (16) 9 82450618 (Tim) – e-mail: rodrigossilva.to@gmail.com. Se senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a condução ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Rodovia Washington Luiz SP-310, Km 235 - Fone: 3351-9683 – e-mail: cephumanos@ufscar.br.

O (A) Senhor (a) não terá nenhuma despesa pessoal para participar da pesquisa, e também não terá nenhuma compensação financeira, sua participação é voluntária. O senhor (a) não terá benefícios diretos com a participação nessa pesquisa, apenas indiretos, pois a pesquisa buscará ampliar a participação dos estudantes e docentes de Terapia Ocupacional no debate sobre o tema da formação profissional no âmbito da APS e do Sistema Único de Saúde. O (A) Senhor (a) poderá acompanhar os resultados do estudo durante qualquer etapa, sempre que solicitado. O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para o objetivo relacionado a este estudo e descrito neste termo de consentimento.

Rodrigo Alves dos Santos Silva

Rua: Professor José Ferraz de Camargo, 375 – Vila Celina – São Carlos/ SP
(16) 9 82450618 (Tim) E-mail: rodrigossilva.to@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi o objetivo, os riscos e os benefícios da minha participação na pesquisa que foram descritos acima e concordo em participar. Declaro também que permito, enquanto participante da pesquisa a filmagem e/ou gravação de voz para coleta de dados.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 201__.

Participante da pesquisa

Apêndice VI – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Docente responsável pela área da Atenção Primária à Saúde nos Cursos de Terapia Ocupacional

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO**”. A pesquisa faz parte da dissertação de mestrado em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) do estudante de pós-graduação/pesquisador Rodrigo Alves dos Santos Silva, sob a orientação da Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver, que tem o objetivo de analisar e compreender a formação para o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar dessa pesquisa por ser docente responsável pela área da APS do curso de graduação em Terapia Ocupacional do estado de São Paulo. Ao participar desta pesquisa, o senhor (a) contribuirá com suas reflexões sobre formação do Terapeuta Ocupacional para o cuidado na APS, ao identificar questões e desafios enfrentados pelo curso de graduação em que você leciona.

A entrevista ocorrerá em local e horário previamente agendado para esse fim, no ambiente da sua instituição de ensino, onde o (a) senhor (a) realiza suas atividades acadêmicas, portanto a pesquisa não lhe oferecerá danos ou riscos físicos, pois o (a) senhor (a) está familiarizado com esse ambiente.

Durante toda a pesquisa serão tomadas providências e cautelas para prevenir riscos, desconfortos e danos referentes ao processo de trabalho na docência do curso de terapia ocupacional e/ou como pesquisador. Essas providências e cautelas terão os objetivos: - identificar os participantes sempre por código para preservação de suas identidades e para apresentação dos dados em relatórios de pesquisa e dissertação, artigos científicos e trabalhos apresentados em eventos científicos; - zelar pela privacidade e sigilo do ambiente tornando o local protegido para sua participação; - assegurar ao participante coordenador que o uso das informações relatadas nas entrevistas seja restrito aos objetivos dessa pesquisa e essas não terão validade para qualquer outro fim.

Mesmo com as providências e cautelas tomadas pelo pesquisador, o participante docente poderá estar exposto aos riscos de desconforto psicológico e danos acadêmicos individuais e coletivos em função do seu posicionamento e/ou críticas proferidas durante sua entrevista. Os participantes docentes correm o risco de se sentirem tristes em lembrar informações que eles entendam como desagradáveis (se existir). Como as entrevistas serão gravadas, existe o risco desse material ou de informações fornecidas serem divulgadas ou consultadas por outras pessoas que não fazem parte dessa pesquisa, sem o consentimento do participante docente. Para minimizar a chance dessas ocorrências, todos os dados da pesquisa serão guardados em local seguro de acesso restrito do pesquisador principal.

Contudo, caso haja algum desconforto psicológico por posicionamento e/ou críticas proferidas durante a entrevista, o pesquisador poderá interromper o procedimento de coleta de dados, com o objetivo de prevenir qualquer atrito ou desgaste social, psicológico e emocional, oferecendo suporte e acolhimento para situações de desconforto e constrangimento.

No início da entrevista, o senhor (a) poderá se sentir pouco à vontade por não conhecer o pesquisador, mas isso será amenizado no decorrer desse encontro, visto que

o pesquisador procurará criar uma situação confortável e acolhedora para a sua participação.

O nome do senhor (a) será mantido em sigilo, para garantir a privacidade e o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Da mesma forma que, em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá acesso ao pesquisador para esclarecimento de eventuais dúvidas, e também uma cópia deste termo de consentimento em que constam os dados e contatos do pesquisador. O pesquisador executante é o Bacharel em Terapia Ocupacional **Rodrigo Alves dos Santos Silva** que pode ser encontrado no endereço Rua: Professor José Ferraz de Camargo, 375 – Vila Celina - São Carlos/SP - Fone: (16) 9 82450618 (Tim) – e-mail: rodrigossilva.to@gmail.com. Se senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a condução ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Rodovia Washington Luiz SP-310, Km 235 - Fone: 3351-9683 – e-mail: cephumanos@ufscar.br.

O (A) Senhor (a) não terá nenhuma despesa pessoal para participar da pesquisa, e também não terá nenhuma compensação financeira, sua participação é voluntária. O senhor (a) não terá benefícios diretos com a participação nessa pesquisa, apenas indiretos, pois a pesquisa buscará ampliar a participação dos estudantes e docentes de Terapia Ocupacional no debate sobre o tema da formação profissional no âmbito da APS e do Sistema Único de Saúde. O (A) Senhor (a) poderá acompanhar os resultados do estudo durante qualquer etapa, sempre que solicitado. O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para o objetivo relacionado a este estudo e descrito neste termo de consentimento.

Rodrigo Alves dos Santos Silva

Rua: Professor José Ferraz de Camargo, 375 – Vila Celina – São Carlos/ SP
(16) 9 82450618 (Tim) E-mail: rodrigossilva.to@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi o objetivo, os riscos e os benefícios da minha participação na pesquisa que foram descritos acima e concordo em participar. Declaro também que permito, enquanto participante da pesquisa a filmagem e/ou gravação de voz para coleta de dados.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 201__.

Participante da pesquisa

Apêndice VII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudante de Terapia Ocupacional

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO**”. A pesquisa faz parte da dissertação de mestrado em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) do estudante de pós-graduação/pesquisador Rodrigo Alves dos Santos Silva, sob a orientação da Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver, que tem o objetivo de analisar e compreender a formação para o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).

Você está sendo convidado (a) para participar dessa pesquisa por ser estudante de graduação em Terapia Ocupacional do estado de São Paulo. Ao participar desta pesquisa, você contribuirá com suas reflexões sobre formação do Terapeuta Ocupacional para o cuidado na APS, ao identificar questões e desafios enfrentados durante sua formação, como também possibilitará o fortalecimento das discussões sobre os pressupostos pedagógicos e conteúdos teóricos necessários na formação da Terapia Ocupacional na APS.

Para a coleta de dados dessa pesquisa com os estudantes serão realizadas Rodas de Conversa. Você terá a liberdade de interagir ou não nas Rodas de Conversa com os outros estudantes de Terapia Ocupacional e nelas serão tratadas as características do processo de ensino-aprendizagem no âmbito do cuidado na APS. Durante todo o processo de realização da pesquisa será respeitada a sua dignidade e autonomia e assegurada sua vontade de contribuir ou não com a pesquisa. As Rodas de Conversa serão gravadas e filmadas somente para fins de análise de dados desse estudo.

Durante toda a pesquisa serão tomadas providências e cautelas para prevenir riscos, desconfortos e danos imediatos referentes a suas atividades acadêmicas e à conclusão de sua graduação como terapeuta ocupacional e posteriores em relação ao seu exercício profissional. Serão providências e cautelas: - identificar os participantes sempre por código para preservação de suas identidades e para apresentação dos dados em relatórios de pesquisa e dissertação, artigos científicos e trabalhos apresentados em eventos científicos; - zelar pela privacidade e sigilo do ambiente tornando o local protegido para sua participação; - assegurar que o uso das informações relatadas nas Rodas de Conversa seja restrito aos objetivos dessa pesquisa e essas não terão validade para qualquer outro fim.

Mesmo com as providências e cautelas tomadas pelo pesquisador, os estudantes que participarem dessa pesquisa poderão estar expostos aos riscos de desconforto psicológico e danos acadêmicos individuais e coletivos em função do seu posicionamento e/ou críticas proferidas durante as rodas de Conversa. Os estudantes correm o risco de se sentirem tristes em relembrar informações que eles entendam como desagradáveis (se existir). Como as Rodas de Conversa serão gravadas, existe o risco desse material ou de informações fornecidas serem divulgadas ou consultadas por outras pessoas que não fazem parte dessa pesquisa, sem o consentimento do estudante. Para minimizar a chance dessas ocorrências, as Rodas de Conversa ocorrerão no ambiente da universidade em local previamente agendado, onde os estudantes realizam suas atividades acadêmicas, portanto a pesquisa não oferecerá danos físicos ou psicológicos aos participantes, pois os mesmos estão familiarizados com o ambiente.

Contudo, caso haja algum desconforto psicológico por posicionamento e/ou críticas proferidas durante as Rodas de Conversa, o pesquisador poderá interromper o procedimento de coleta de dados como também mediar as relações interpessoais, com o

objetivo de prevenir qualquer atrito ou desgaste social, psicológico e/ou emocional, oferecendo suporte e acolhimento para situações de desconforto e constrangimento.

Todos os dados da pesquisa serão guardados em local seguro de acesso restrito ao pesquisador principal.

No início das Rodas de Conversa, você poderá se sentir pouco à vontade por não conhecer o pesquisador, mas isso será amenizado no decorrer desse encontro, visto que o pesquisador procurará criar uma situação confortável e acolhedora para a sua participação.

O seu nome será mantido em sigilo, para garantir sua privacidade e você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Da mesma forma que, em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador para esclarecimento de eventuais dúvidas, você possuirá também uma cópia deste termo de consentimento que possui os dados e contatos do pesquisador. O pesquisador executante é o Bacharel em Terapia Ocupacional **Rodrigo Alves dos Santos Silva** que pode ser encontrado no endereço Rua: Professor José Ferraz de Camargo, 375 – Vila Celina - São Carlos/SP - Fone: (16) 9 82450618 (Tim) – e-mail: rodrigossilva.to@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a condução ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Rodovia Washington Luiz SP-310, Km 235 - Fone: 3351-9683 – e-mail: cephumanos@ufscar.br.

Você não terá nenhuma despesa pessoal para participar da pesquisa, e também não terá nenhuma compensação financeira, sua participação é voluntária. Você não terá benefícios diretos com a participação nessa pesquisa, apenas indiretos, pois a pesquisa buscará ampliar a participação dos estudantes e docentes de Terapia Ocupacional no debate sobre o tema da formação profissional no âmbito da APS e do Sistema Único de Saúde. Você poderá acompanhar os resultados do estudo durante qualquer etapa, sempre que solicitado. O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para o objetivo relacionado a este estudo e descrito neste termo de consentimento.

Rodrigo Alves dos Santos Silva

Rua: Professor José Ferraz de Camargo, 375 – Vila Celina – São Carlos/ SP
(16) 9 82450618 (Tim) E-mail: rodrigossilva.to@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi o objetivo, os riscos e os benefícios da minha participação na pesquisa que foram descritos acima e concordo em participar. Declaro também que permito, enquanto participante da pesquisa a filmagem e/ou gravação de voz para coleta de dados. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 201__.

Participante da pesquisa