

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

EVELIN SANTIAGO DA CUNHA

**DIÁLOGO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM A
EDUCAÇÃO POPULAR NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
BÁSICA**

RIO DE JANEIRO
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

EVELIN SANTIAGO DA CUNHA

**DIÁLOGO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM A
EDUCAÇÃO POPULAR NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção de grau em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Vania Mefano
Co-orientadora: Camila Santiago

RIO DE JANEIRO
2016

***Dedico este trabalho a todos os profissionais que amam a vida e lutam
dia-a-dia para que ela seja valorizada.***

AGRADECIMENTOS

A Deus, cuja bondade e misericórdia me seguem todos os dias da minha vida.

Aos meus pais, Luciano e Rosana pelo esforço e dedicação na minha criação e educação.

Aos meus irmãos, Victor e Ellen pelo carinho e alegria que me proporcionam.

A minha avó, Sebastiana pelo apoio e incentivo.

As tias e tios, em especial Silvana, Roberto e Diovana por compartilhar muitos saberes e experiências comigo que contribuem para minha edificação.

As amigas e amigos, em especial Anna Flávia pelas palavras de encorajamento e orações.

Ao meu namorado, Alessandro pelo apreço e compreensão.

A minha orientadora, Vania Mefano e a minha coorientadora, Camila Santiago pela diligência e paciência na minha orientação, bem como pela fé no ser humano que as fazem essas profissionais tão especiais e competentes que admiro.

A todos os meus professores, pelo desejo de me fazer uma pessoa melhor, sem os quais não seria possível mais esta conquista.

“Os que semeiam em lágrimas segarão com alegria.

Aquele que leva a preciosa semente, andando e chorando, voltará, sem dúvida, com alegria, trazendo consigo os seus molhos.”

Salmos126:5,6.

RESUMO

CUNHA, Evelin Santiago (2016) **Diálogo da Terapia Ocupacional com a Educação Popular no Contexto da Atenção Básica**. Rio de Janeiro, Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Este trabalho apresenta a construção de um diálogo da Terapia Ocupacional (TO) com a Educação Popular (EP) no contexto da Atenção Básica (AB), fazendo uma reflexão sobre a importância da apropriação dos conhecimentos da Educação Popular pelos terapeutas ocupacionais que atuam na Atenção Básica. Para tanto são apresentados o conceito de Educação Popular e os caminhos percorridos por ela na área da Educação e da Saúde; o contexto de inserção do terapeuta ocupacional na AB, bem como a história, políticas e diretrizes que fundamentam a atuação desse profissional nesse contexto e a relação entre as orientações da Educação Popular, as bases da Terapia Ocupacional e da AB, a partir de reflexões teóricas.

PALAVRAS-CHAVES

Terapia Ocupacional, Atenção Básica, Educação Popular, Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. EDUCAÇÃO POPULAR: CAMINHOS PERCORRIDOS	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	10
1.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	14
2. ATENÇÃO BÁSICA: HISTÓRIA, POLÍTICA E DIRETRIZES	19
2.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA	19
2.2 A HISTÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	21
2.3 BASES E ESTRUTURA DA ATENÇÃO BÁSICA	23
3. TERAPIA OCUPACIONAL, EDUCAÇÃO POPULAR E ATENÇÃO BÁSICA: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro tem como tema a construção de um diálogo da Terapia Ocupacional (TO) com a Educação Popular (EP) no contexto da Atenção Básica (AB).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da AB, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2009). A fim de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica bem como sua resolubilidade, o Ministério da Saúde que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 republica-a na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a).

Segundo o Caderno de Atenção Básica, publicado em 2009, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes da ESF apoiando-os, e deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à AB, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL,2009).

Uma vez que os conhecimentos em Educação Popular participam enquanto diretriz para os profissionais que integram o NASF e que o terapeuta ocupacional é um desses, segundo a portaria supracitada (BRASIL,2014a), logo a importância da incorporação da perspectiva da Educação Popular pelos terapeutas ocupacionais na prática em Atenção Primária à Saúde mostra-se como um tema relevante.

O Terapeuta Ocupacional que trabalha nesse nível de atenção deve atuar de acordo com as diretrizes mencionadas acima, considerando também seu núcleo próprio de atuação profissional e as particularidades da profissão, que serão consideradas nesse trabalho conferindo aos conhecimentos teóricos em Educação Popular um rico objeto de estudo, o que resulta no diálogo apresentado nesse trabalho.

Historicamente, a prática da Terapia Ocupacional esteve voltada para a cura orgânica e imediata dos problemas. Entendia-se que os determinantes de saúde estavam no indivíduo, na

sua natureza, ou na falta de condições socioeconômicas e culturais da maioria da população, vista como uma situação dada e imutável (FERRIGNO, 1991 apud DRUMMOND, 2011). Neste modelo de prática ocorria a alienação política, a falta de crítica sobre as condições concretas de reabilitação dos pacientes no contexto sócio-econômico-político brasileiro e a neutralidade política era adotada nos conceitos de terapia ocupacional (DRUMMOND, 2011).

A esse respeito, Cavalcanti e Galvão (2011) afirmam que “A inserção gradativa do terapeuta ocupacional na atenção primária à saúde implicou o seu deslocamento para os centros de saúde com uma vivência *in loco* da realidade de saúde brasileira, o que também o fez repensar a dimensão político-econômico-social de sua prática” (DRUMMOND, 2011, p.13).

A visão contemporânea da Terapia Ocupacional traz, portanto, novos paradigmas que precisam ser trabalhados no campo da AB, sendo a perspectiva da Educação Popular uma referência que se apresenta como adequada para uma prática clínica comprometida com a promoção de autonomia, a ampliação da consciência crítica e a cidadania participativa das pessoas e coletivos acompanhados.

A escolha deste tema partiu do interesse sobre as possibilidades de intervenção do terapeuta ocupacional na Atenção Básica, aflorado a partir de um estágio feito numa Clínica da Família na qual se encontrou diferentes processos de trabalho, uns considerando os contextos dos indivíduos atendidos e outros com menor atenção a esse respeito, o que motivou o aprofundamento dos estudos sobre as intervenções da Terapia Ocupacional no campo da AB. Somado a esse desejo de buscar alternativas de ações nesse campo, a disciplina de Educação Popular e Educação Inclusiva em Terapia Ocupacional do curso de graduação veio ao encontro das expectativas, fazendo-me identificar com as ideias de Paulo Freire, que me foram apresentadas no Segundo Grau Técnico em Formação de Professores e na minha vivência como Professora de Educação Infantil da Rede Pública de Ensino. A discussão proposta pela disciplina trouxe o interesse pelo estudo das contribuições de seus conhecimentos na prática dos terapeutas ocupacionais tendo em mente o desenho do perfil profissional atual que, segundo Soares (2011), visa uma prática de emancipação e de resgate de direitos.

Motivada por essas inquietações e reflexões, o objetivo deste trabalho é refletir sobre a importância da apropriação dos conhecimentos da Educação Popular pelos terapeutas ocupacionais que atuam na Atenção Básica. Assim, serão apresentados o conceito de Educação Popular e os caminhos percorridos por ela na área da Educação e da Saúde; o

contexto de inserção do terapeuta ocupacional na AB, bem como a história, políticas e diretrizes que fundamentam a atuação desse profissional nesse contexto e a relação entre as orientações da Educação Popular, as bases da Terapia Ocupacional e da AB, a partir de reflexões teóricas.

A estratégia metodológica adotada foi qualitativa do tipo revisão bibliográfica e revisão documental operacionalizada mediante material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos, e documentos do Ministério da Saúde.

1. EDUCAÇÃO POPULAR: CAMINHOS PERCORRIDOS

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A trajetória de luta dos movimentos sociais populares na América Latina se relaciona com a história da Educação Popular pela dimensão política de suas propostas educativas, sua identidade de classe e suas práxis pedagógicas que contrariam alguns aspectos da visão de mundo dominante, buscando transformar as relações de poder e as práticas dominantes na educação (STRECK et al,2014).

Partindo da ideia de que a educação não é um processo neutro, a Educação Popular sustenta um projeto de Sociedade (GADOTTI, 2013). Sendo essa justa, equânime, igualitária, plural, democrática e cidadã (BRASIL, 2014b). Sobre a origem da Educação Popular Gadotti (2013) diz que está relacionado com “o anarquismo do proletariado industrial do início do século passado; o socialismo autogestionário; o liberalismo radical europeu; os movimentos populares; as utopias de independência; as teorias da libertação e a pedagogia dialética” (GADOTTI, 2013, p.4).

A Educação Popular tem um longo percurso no Brasil. Suas teorias e práticas de compromisso com os mais pobres e com a emancipação são partilhadas nas diversas partes do mundo. São perspectivas sérias, fundamentadas com a dureza das condições concretas em que vive a maioria da população (GADOTTI, 2013). Suas práticas e experiências foram forjadas junto às classes populares no chão das fábricas, em sindicatos, nas comunidades de base e igrejas, nas universidades, no campo, na cidade e na floresta, com os mais diferentes grupos, os trabalhadores, especialmente aqueles em situação de pobreza, excluídos de seus direitos básicos, como também em experiências que se realizam no âmbito da educação formal e da institucionalidade de governos municipais, estaduais e federal (BRASIL, 2014b). Disso resulta o pioneirismo do Brasil na constituição do método da Educação Popular no âmbito internacional (BRASIL, 2007).

A concepção de Educação Popular segundo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012a) é a seguinte:

A PNEPS concebe a Educação Popular como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão (BRASIL, 2012a, p.9).

A Educação Popular é um conceito que abrange um vasto campo de intersecções. Diz respeito aos direitos humanos, à pedagogia crítica, à produção de conhecimentos, à cidadania, aos movimentos sociais, à comunicação e cultura popular, à educação formal em todos os níveis, etc. (GADOTTI, 2013).

Para fazer uma contextualização histórica da Educação Popular é necessário considerar as manifestações e mobilizações organizadas ao longo da história do Brasil, atentando-se para as produções antes da ditadura militar, durante a ditadura, após o regime militar e nas últimas décadas (BRASIL, 2014b).

No Brasil, a educação prevalecente era elitista e a educação dos populares era tida em descaso até os anos 1950 (STRECK et al, 2014). Assim a Educação Popular quando se constitui inicialmente no Brasil é concebida como um movimento libertário ligado de um lado pela extensão da educação formal para todos e, de outro, pela formação social, política e profissional, sobretudo de jovens e de adultos com princípios mediados pela solidariedade e pelo comprometimento com as classes populares (GADOTTI, 2013).

Inicialmente, até os anos 1950, a Educação Popular era entendida como extensão do ensino fundamental para todos, já que só a elite tinha acesso (GADOTTI, 2013). Recebeu inspiração dos movimentos anarcos sindicais da década de 1920 onde as organizações urbanas e rurais foram influenciadas pelo ideário comunista e dos discursos dos liberais desde a Primeira República, como o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova em defesa da escola pública na década de 1930 (BRASIL, 2014b). Ainda na década de 1950 começa a ser delineado e consolidado o referencial político-pedagógico da Educação Popular (BRASIL, 2012a).

Nas campanhas de alfabetização no Brasil das décadas de 1940 e 1950 que visavam à consolidação das bases eleitorais dos governos viu-se a afirmação de uma concepção metodológica voltada ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos e da conscientização. Destacam-se as campanhas nacionais de alfabetização do Governo Federal, de 1947 ao final da década de 1950; a campanha “De pé no chão também se aprende a ler”, em Natal-RN, no início de 1961; o Movimento de Educação de Base (MEB), criado pela Igreja Católica, em 1961, com apoio do Governo Federal; o Movimento de Cultura Popular, surgido em Recife-PE, em 1961 (BRASIL, 2014b, p.30).

Já nas décadas de 1950 a 1970, as lutas históricas incorporam outros atores sociais nos movimentos populares estudantis ligados a União Nacional dos Estudantes (UNE) em 1962. Ainda nesse ano o professor Paulo Freire (1921-1997), pernambucano, empreende a

Campanha de Educação Popular da Paraíba e, no ano seguinte, 1963 inicia-se o Plano Nacional de Alfabetização (BRASIL, 2014b). Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular. Seu livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1966 difundiu a Educação Popular por todo o mundo. Por isso, em muitos países, a Educação Popular costuma ser chamada de pedagogia freiriana (BRASIL, 2007).

Com o golpe militar de 1964, os movimentos sociais em especial da Educação Popular sofreram um grande impacto e muitos dos intelectuais e políticos que compactuavam com sua ideologia foram perseguidos, presos ou exilados (VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2009). A imposição da repressão e do silenciamento fez com que a ditadura militar alterasse significativamente o sentido da política pública de educação. Entre 1964 e 1984 também ocorreu a destruição da memória de diversas experiências de Educação Popular, abortando não somente esse movimento de educação, mas a possibilidade de uma orientação democrática e incluyente de desenvolvimento (BRASIL, 2014b).

Apesar disso o período de resistência à ditadura e da redemocratização das décadas de 1970 e 1980 foi marcado pelo fortalecimento dos movimentos de educação e da Educação Popular como instrumento de organização dos movimentos populares, construindo as bases para que a política de educação assumisse a concepção “da educação para o povo” (BRASIL, 2014b).

Nos anos 1980 com a articulação dos sindicatos e organizações populares na defesa da reabertura política no País, as associações de moradores e de bairros, junto aos espaços constituídos nos conselhos em várias áreas sociais, tentou manter a luta por uma sociedade mais justa, democrática e cidadã valendo-se dos princípios da Educação Popular. A perspectiva da educação pública e gratuita via Estado é fortalecida, ao mesmo tempo em que se extrapola o campo das políticas de educação (BRASIL, 2014b). Sobre esse período o Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas (2014) diz:

Principalmente na década de 1980, os processos de organização social e popular representaram expressivas experiências de formação de consciência coletiva potencializadora da luta por direitos e reformas sociopolíticas, como no movimento sindical urbano, movimento estudantil, movimentos populares, Movimento Popular de Saúde, Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, Conselho Indigenista Missionário, Pastoral da Terra etc (BRASIL, 2014b, p. 32).

Um importante fato que ocorreu em 1989 foi a assunção da Secretaria de Educação do município de São Paulo pelo Professor Paulo Freire com a plataforma política de sua gestão “Política Pedagógica: construindo a educação pública, popular e democrática”. E nos anos 1990 as experiências de Educação Popular vinculadas à educação de jovens e adultos se

propagam, como o Mova, organização de movimentos populares, plebiscitos populares e a ação de diversas organizações da sociedade civil (BRASIL, 2014b, p.32).

Nos anos 2000, este cenário é alterado principalmente na América Latina. Abrem-se novas possibilidades de retomada do fortalecimento da Educação Popular, devido ao sucesso de várias lutas sociais populares que culminaram com a eleição de diversos governos mais comprometidos com as causas populares no Brasil e na América Latina (BRASIL, 2014b).

Nas últimas décadas, a Educação Popular está sendo entendida pelos movimentos sociais e populares mais como uma concepção de educação que deve ser estendida ao conjunto dos sistemas educacionais, como política pública, e não só praticada em projetos de educação de jovens e adultos (GADOTTI, 2013). Além disso, muitos dos sujeitos coletivos e de luta por essa educação emancipatória, como organizações estudantis secundaristas e universitárias e sindicatos e organizações populares constituíram-se institucionalmente, em organizações não governamentais, ou permanecem em fóruns e movimentos autônomos (BRASIL, 2014b).

No ano de 2014, o Governo Federal apresentou o Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas refletindo um novo momento de valorização destas práticas visando estimular a construção de políticas emancipatórias. E ainda lança o desafio para todos os setores governamentais e da sociedade civil: “torná-lo conhecido e assimilado entre todos os sujeitos e agentes que promovem ações educativas em diferentes frentes e campos de atuação e em todas as políticas públicas” (BRASIL, 2014b, p.6).

Esse documento incentiva a vivência dos princípios da Educação Popular, como o da amorosidade e do respeito aos diferentes saberes baseado no diálogo, não só nos espaços das escolas públicas, dos hospitais, universidades e faculdades, mas também em todos os espaços educativos e formativos comunitários, particulares e a todas as entidades que recebam subvenção pública (BRASIL, 2014b). Demonstra, também, a reinvenção da EP que incorpora as conquistas das novas tecnologias, retomando velhos temas e incorporando outros: o tema das migrações, da diversidade, o lúdico, a sustentabilidade, a interdisciplinaridade, a questão de gênero, etnia, idade, desenvolvimento local, emprego e renda etc (GADOTTI, 2013).

Além dessas pautas, agrega outras que as caracterizam como intersetoriais, como liberdade de expressão religiosa, o acesso ao transporte público de qualidade, a tributação justa, o direito à participação social e à comunicação e a defesa da saúde pública (BRASIL, 2014b).

1.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A assistência à saúde existente no Brasil até a década de 1970 quase se resumia a medicina curativa praticada nos consultórios particulares, nos hospitais e nos grandes ambulatórios da Previdência Social (VASCONCELOS, 1997). Eram os denominados serviços de controle social, voltados para prevenir, suprimir ou manipular as condições geradas pelo desenvolvimento capitalista no âmbito da vida social, que aparecem sob a forma de “problemas” de saúde (SINGER, CAMPOS, OLIVEIRA, 1988 apud BRASIL, 2007). A educação em saúde era então subordinada aos interesses das elites políticas e econômicas que impunham normas e comportamentos por elas considerados adequados. Do ponto de vista dominante e tradicional, a Educação e Saúde é uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltadas para “instrumentalizar” o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas (BRASIL, 2007).

Nesse contexto de inacessibilidade das camadas populares aos precários serviços públicos, da inserção marginal no mercado de trabalho que excluía os trabalhadores dos benefícios da seguridade social (previdência, assistência social e saúde), bem como das péssimas condições de renda, moradia e alimentação que ocorre a partir da década de 1970 a emergência da Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012a). Surgindo pelas experiências alternativas de Medicina Comunitária que cresciam nestes novos serviços em todo o Brasil, onde os profissionais de saúde passaram a conviver mais de perto com os problemas das classes populares e muitos deles iniciaram uma busca pela construção de uma medicina mais adequada às classes populares nesses espaços (VASCONCELOS, 1997).

Nessa década, a população vai percebendo que o grande crescimento da economia havia ocorrido às custas da piora de suas condições de vida e crescem e rearticulam-se os movimentos populares com suas reivindicações sobre saúde, educação, habitação e saneamento. A resposta que o Estado, já em crise econômica com escassos recursos financeiros deu foi utilizar o modelo já praticado em outros países da Medicina Comunitária, por ser mais econômica e eficiente (VASCONCELOS, 1997).

A Medicina Comunitária tinha um enfoque na ação social aos grupos marginalizados. Sua principal meta era a expansão da cobertura de serviços de saúde, de forma a unificar uma medicina simplificada e mais econômica às necessidades contextuais de combate à pobreza, contando, também, com a participação da população. Em consequência desse processo de

mudanças surge em 1980, o Movimento Popular de Saúde na tentativa de criar uma rede de troca de conhecimentos entre essas experiências (VASCONCELOS, 1997).

Este movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde, composto de diferentes correntes de pensamento (cristianismo, humanismo, socialismo), cuja convergência é dada pelo compartilhamento dos princípios da Educação Popular formulados por Paulo Freire, apoia-se numa diversidade muito grande de experiências, recolhidas e sistematizadas a partir de problemas de saúde específicos no âmbito dos serviços de saúde, dos locais de moradia, dos ambientes de trabalho (BRASIL, 2007).

Segundo o Caderno de Educação Popular em Saúde:

A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários (BRASIL, 2007, p.10).

É preciso entender a Educação Popular em Saúde como uma educação baseada no diálogo, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender. Pode-se observar dos Centros de Saúde que algumas práticas diferem desta lógica de educação se tornando “deseducadoras”, à medida que grande parte das atividades nesses serviços são transformadas em rotinas de trabalho preestabelecidas onde os profissionais têm que seguir passivamente e sem criatividade (VASCONCELOS, 1997).

As práticas de Educação Popular em Saúde (EPS) devem, então, ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente na promoção da apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, mas também pela promoção da cidadania (BRASIL, 2007). O que mostra a responsabilidade dos profissionais pelas suas práticas educacionais, pois devem deixar claro que a assistência à saúde é um direito e não um favor, que as doenças são em grande parte sinal de um modo de viver que está errado e que devem ser compreendidas numa participação ativa do paciente, sua família e comunidade para modificar a maneira de viver (VASCONCELOS, 1997).

Uma mesma ação pode alienar ou conscientizar dependendo da maneira em que é conduzida, do lugar e do momento. Muito mais importante do que saber uma série de técnicas de trabalho comunitário e de educação é aprender a ler a realidade e buscar descobrir as várias forças por trás de cada problema (VASCONCELOS, 1997). Não basta alguns profissionais saberem fazer. É preciso que esse saber seja difundido e generalizado nas instituições de

saúde, que são espaços públicos (VASCONCELOS, 2004). Logo, serão sempre espaços de disputa de hegemonia, de disputa de projetos de Sociedade (GADOTTI, 2013).

Esse discurso sobre a importância da ação educativa e da promoção da saúde é enfatizado por quase todos os gestores, no entanto segundo Vasconcelos (2004) havia até então, pouco investimento em uma política consistente que buscasse a difusão do saber da Educação Popular para a ampliação da participação popular no cotidiano dos serviços (VASCONCELOS, 2004). Porém, com o processo de institucionalização vivenciado pela EPS nestes últimos anos, criou-se em 2009 o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) que sistematizou e formulou a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) em 2012 (BRASIL, 2012a).

A implementada PNEPS (2012) reafirma as bases do SUS e tem como princípios o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. São pressupostos teórico-metodológicos que dão sentido e coerência à práxis de educação popular em saúde e serão apresentados a seguir (BRASIL, 2012a).

O diálogo enquanto relação democrática é a possibilidade de que dispomos de abrindo-nos ao pensar dos outros, não nos extinguirmos no isolamento (FREIRE, 1997). Já o isolamento é monólogo, é a negação do homem; é fechamento da consciência, uma vez que consciência é abertura. O diálogo é uma exigência existencial é palavra viva, expressa e elabora o mundo em comunicação e colaboração. Logo, não há consciências vazias; por isto os homens não se humanizam, senão humanizando o mundo (FREIRE, 1994).

O diálogo é a decisão e o compromisso de colaborar na construção do mundo comum que ocorre num autêntico-reconhecimento do outro e reconhecimento de si, no outro ampliando a capacidade crítica sobre a realidade (FREIRE, 1994).

Segundo Freire (1997):

Diálogo por isso mesmo, não nivela, não reduz um ao outro. Nem é favor que um faz ao outro. Nem é tática manhosa, envolvente, um usa para confundir o outro. Implica, ao contrário, um respeito fundamental dos sujeitos nele engajados, que o autoritarismo rompe ou não permite que se constitua. Assim também a licenciosidade, de forma diferente, mas igualmente prejudicial (FREIRE, 1997, p.60).

Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. O encontro precisa de amorosidade. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda. A amorosidade amplia o respeito à autonomia (FREIRE, 1994, BRASIL, 2012a).

Além do fundamento do diálogo, o amor é, também, diálogo. Daí que seja essencialmente tarefa de sujeitos e que não possa verificar-se na relação de dominação. Nesta, o que há é patologia de amor: sadismo em quem domina; masoquismo nos dominados. Amor, não, porque é um ato de coragem, nunca de medo, o amor é compromisso com os homens. No vínculo afetivo surge uma emoção que influencia a consciência e o agir das pessoas, importante para o processo de produção da saúde. Onde quer que estejam homens oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa da sua libertação. Mas, este compromisso, porque é amoroso, é dialógico (FREIRE, 1994).

Não há o diálogo verdadeiro se não há nos seus sujeitos um pensar verdadeiro. Pensar crítico, leitura e análise crítica da realidade. Pensar que, não aceitando a dicotomia mundo-homens, reconhece entre eles uma inquebrantável solidariedade. Nesse sentido, surge a problematização, no reconhecimento das experiências prévias do sujeito, identificação de problemas e potencialidades para intervir, ou seja, transformá-las por meio de ações para sua superação (FREIRE, 1994).

Outro princípio é o da construção compartilhada do conhecimento que resulta dos processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes na perspectiva de compreensão e transformação das ações de saúde, ou seja, através do diálogo que demanda uma escuta interessada e humildade para aprender. Ele não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes (FREIRE, 1994, BRASIL, 2012a).

O diálogo, a expressão da amorosidade, a criatividade e autonomia, o ser protagonista por meio da reflexão e o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática são fortalecidos pelo princípio de emancipação como referencial no fazer cotidiano da saúde, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro (BRASIL, 2012a).

E por fim, o último princípio da PNEPS (2012a) é o compromisso com a construção do Projeto Democrático e Popular:

O Projeto Democrático e Popular promotor de vida e saúde caracteriza-se por princípios como a valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS como parte constitutiva deste Projeto (BRASIL, 2012a, P.17-18).

A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens (FREIRE, 1994).

Esses são os princípios propostos aqui para serem incorporados pelos terapeutas ocupacionais nos numerosos serviços de Atenção Primária à Saúde espalhados em todo Brasil.

2. ATENÇÃO BÁSICA: HISTÓRIA, POLÍTICA E DIRETRIZES

2.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA

Em diferentes países, durante a segunda e a terceira décadas do século XX, as autoridades sanitárias desenvolveram os conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde (ROSEN, 1994). Um exemplo foi nos Estados Unidos entre 1910 e 1915 quando surgiu a denominação de Centro de Saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA; 2006).

Em 1920, Bertrand Dawson elaborou um relatório onde critica a separação entre medicina Preventiva e Curativa e propõe a reestruturação dos serviços de saúde que seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas. Considerava que a formação médica não deveria se dar apenas nos hospitais de ensino especializado, pois o médico generalista deveria exercer funções junto ao indivíduo e à comunidade (AGUIAR, 2003).

A partir da década de 1940, com o surgimento da Organização das Nações Unidas, foi criado e ampliado um corpo de leis internacionais necessárias para proteger as pessoas mais vulneráveis da sociedade, fazendo valer seus direitos à dignidade, liberdade e saúde (OPAS, 2005). O que significou a concepção de um sistema de saúde fundamentado a partir de um processo iniciado por uma análise dos valores sociais, mobilização e participação dos cidadãos, condizente com a perspectiva da APS.

A Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde (Declaração de Alma Ata) em 1978 representou um marco internacional na Atenção Primária à Saúde. Estabeleceu conceito e valores diferenciados, tais como a regionalização dos serviços de saúde e a integração entre a prática clínica e a saúde pública, princípios que já eram defendidos ou praticados, em algum grau, desde o século XIX. Concomitantemente alguns estudiosos já se interessavam pelas possíveis relações entre os determinantes sociais e a saúde (AGUIAR, 2003).

A introdução da Declaração de Alma-Ata define a APS como a chave para alcançar em todo o mundo, em um futuro previsível, um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. Seria também igualmente válida para todos os países, embora pudesse adotar diversos formatos segundo as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA; 2006). Sobre a questão da saúde ao alcance de todos tratada também na Declaração de Alma-Ata, Aguiar (2003) expõe:

O alcance da extensão do direito à saúde a todos os seres humanos pode ser interpretado, portanto, de duas formas. A primeira, essencialmente humanista, destacaria a chegada de um novo tempo para o homem: mais do que uma máquina portadora e reprodutora de força-motriz, ele seria então visto como um ser portador de necessidades e de direitos em relação a elas. A manutenção de sua integridade física, psíquica e social – em vez de se vincular a interesses de uma elite proprietária dos meios de produção – seria um recurso para a prosperidade não de um Estado ou empresa, mas de todo um povo, ou mesmo de todo o gênero humano.

A outra concepção da universalização do direito à saúde é, segundo Paim (1986), menos emocional: interpretar-se-ia tal direito como uma nova roupagem para a velha necessidade de manutenção da ordem social e da integridade da força de trabalho, em um mundo cada vez mais globalizado. A *Saúde para Todos* seria, assim, um prenúncio da globalização da economia e, conseqüentemente, da necessidade capitalista de garantir sua força-motriz (AGUIAR, 2003, p.2).

Um marco para APS foi a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 21 de Novembro de 1986 onde foi aprovada a Carta de Ottawa (1986, p.1) em “resposta às crescentes expectativas no sentido de se conseguir um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial”. Baseando-se na Declaração de Alma-Ata (OTAWA, 1986).

A Carta de Ottawa (1986) reitera a importância de uma visão abrangente, para além da doença ou do doente, e da amplitude de ações dentro do escopo de promoção da saúde, onde sinaliza:

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis à saúde (OTAWA, 1986,p.2-3).

Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. A saúde, então deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver e sua promoção gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (OTAWA,1986).

Outro marco para a APS foi a publicação do livro de Starfield em 1998 em Nova York traduzido com o título “Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia”. A autora apresenta evidências do impacto positivo da APS em diversos países do mundo, além de propor métodos inovadores para avaliação dos resultados produzidos pelos sistemas e profissionais da APS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA; 2006).

Outra publicação importante ocorreu em 2005 pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cujo título traduzido é “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas”. No documento supracitado são expostas as linhas estratégicas que devem se estabelecer nos sistemas de saúde baseados na APS, ampliando e aprofundando assim sua

sistematização (OPAS, 2008). Considera esse sistema o caminho mais adequado para produzir melhoras equitativas e sustentáveis na saúde dos povos das Américas (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA; 2006).

2.2 A HISTÓRIA DA AB NO BRASIL

No Brasil, durante todo o período colonial e mais precisamente até meados do século XIX, predominava uma precária organização dos serviços de saúde, nesse período houve um predomínio das doenças chamadas pestilenciais. Os problemas de saúde e higiene ficavam sob responsabilidade das localidades que adotavam medidas para garantir as limpezas das ruas e quintais. A iniciativa filantrópica de figuras de importância econômica e social, de instituições beneficentes ligadas à Igreja Católica prestava assistência à população pobre e indigente (COSTA, 1985).

No começo da República Velha a sociedade brasileira iniciou a constituição do seu Estado moderno, marcado pelo predomínio dos grupos sociais vinculados à agroexportação cafeeira, período em que nasceu a saúde pública no Brasil e representou profunda mudança nas práticas dominantes até então (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA; 2006).

O modelo agroexportador na economia brasileira exigia basicamente uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA; 2006).

Na década de 1920, especificamente no ano de 1923, surge com a “Lei Elói Chaves” a Previdência Social e as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) responsáveis pela assistência médica a partir de 1926 (BRAGA; PAULA, 1981). Embora tenha ocorrido um aumento dos gastos com assistência médica a partir de 1923, até 1950 não se verificou nenhuma expansão significativa da assistência médica individual (MENICUCCI, 2007).

Ao longo da década de 1930, estruturou-se o Sistema Previdenciário de forma mais abrangente com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais de forma que cada instituição tinha liberdade de estabelecer seu pacote de benefícios e suas alíquotas de contribuição. A atenção médico-hospitalar estava vinculada a questão previdenciária: os IAPs e posteriormente unificados no INPSs, eram responsáveis pelo atendimento da clientela segurada, enquanto ao Ministério da Saúde (MS) cabia as ações no campo da saúde pública (BRASIL, 2011).

No final da década de 1950, a medicina previdenciária se expande, sendo essencialmente hospitalar curativa, exprimindo o progresso tecnológico, com elevação da eficiência e dos custos da atenção médica (MENICUCCI, 2007). Esse modelo, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p.198) “Assenta-se na garantia de que o Estado é o seu grande financiador por intermédio da Previdência Social, o setor privado nacional assistencial-curativo o seu grande prestador e o setor internacional o seu grande produtor de insumos, equipamentos e medicamentos”.

Já na década de 1960, segundo Menicucci (2007, p.67), “fica explicitada a disposição pública no sentido de tornar a assistência à saúde uma política pública governamental, situação que é evidenciada nos pronunciamentos, regulamentos, congressos e seminários do período”.

Durante o Regime Militar (1964-1985) instalou-se um verdadeiro processo de drenagem dos recursos públicos que passaram a capitalizar as empresas de medicina privada, transformando a saúde em um negócio bastante lucrativo. Por um lado houve a capitalização e expansão da rede privada e por outro a degradação dos serviços públicos e a sangria dos recursos do Estado (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Foi nesse contexto que emergiu o movimento sanitário no interior das universidades, como decorrência da exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, as quais eram tomadas pelos governos autoritários em seu próprio benefício. Assim, a Universidade passou a ser o espaço onde era possível a contestação às práticas do regime de então (ROCHA, 1988; TEIXEIRA, 1989).

O Brasil vive desde a derrocada do Regime Militar, em 1985, experiências de reformas e redefinição do seu sistema público de saúde. O marco desse novo tempo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, precedido pelo movimento da Reforma Sanitária, cujos temas foram em torno da saúde como direito de cidadania, da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e do financiamento do setor, que alimentaram um intenso debate até a aprovação da Constituição de 1998 (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

A implantação do SUS no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 estabelece como princípios norteadores: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde. Com a

regulamentação do SUS, nos anos 1990, a concepção de APS foi renovada e passou-se a usar o termo Atenção Básica em Saúde para diferenciar-se de sua concepção seletiva (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

Em 2006, a portaria nº648/GM de 28 de março de 2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, fruto das diretrizes internacionais e iniciativas nacionais exitosas (Modelo em Defesa da Vida, Modelo Sistemas Locais de Saúde, Modelo Paidéia). Tratando-se de uma revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006).

Sobre a Estratégia Saúde da Família, Andrade, Barreto e Bezerra (2006) dizem:

A ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. Logo, a nosso ver, seria mais apropriado nos referirmos ao PSF como estratégia de saúde e não apenas como um programa setorial de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p.803).

A construção da ESF foi consequência de um processo lento e contínuo de tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico de resposta às demandas individuais e coletivas (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Já em 21 de outubro de 2011, a portaria nº 2.488 aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nela os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes nas suas atuais concepções e sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica é tida na saúde da família (BRASIL, 2012b).

2.3 BASES E ESTRUTURA DA AB

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é eixo estruturante do SUS (Caderno 39, 2009). Uma das suas mais completas definições é a de Lago e Cruz (2001):

Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde- mediante um pacto social- que inclui os aspectos

biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo (LAGO;CRUZ,2001 apud ANDRADE;BARRETO;BEZERRA; 2006;p. 786-787).

A condição essencial para o exercício da APS é a concepção ampliada de saúde e dos determinantes socioeconômico-culturais das patologias, essa concepção é a luz dos princípios contidos na Declaração de Alma-Ata e na Carta de Ottawa (AGUIAR,2003) .

A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e a PNAB (2012) afirma ainda que a mesma é orientada pelos princípios do SUS como: “da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da responsabilização, da humanização, e da equidade” (BRASIL, 2012b, p.20).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2008, p.8) reforça a importância da solidariedade e do direito ao nível de saúde mais elevado possível e afirma que os valores de um sistema de saúde com base na ABS “são essenciais para estabelecer prioridades nacionais e para avaliar se as estruturas sociais estão atendendo ou não às necessidades e expectativas da população”.

Segundo a conceitualização da ESF de Andrade; Barreto e Bezerra, (2006):

Definimos a ESF como um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (ANDRADE; BARRETO e BEZERRA; 2006; p.804).

Com relação às tecnologias de cuidado utilizadas na Atenção Básica, a PNAB (2012) diz que são:

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,2012b;p.19).

A Declaração de Alma-Ata em 1978 vai afirmar ainda que os cuidados primários de saúde refletem e evoluem a partir das condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades. E que esses cuidados requerem e promovem a máxima confiança e participação comunitária no que diz respeito aos mesmos, e assim desenvolvem, com a educação apropriada, a participação das comunidades (ALMA-ATA, 1978).

Dessa forma, colocam-se como elemento de trabalho e estudo na Atenção Básica os conhecimentos sobre o território e cultura.

O Território em suas dimensões físicas, sociais e existenciais, dinamicamente articuladas é compreendido como o lugar em que se processa a vida e o processo saúde-doença-cuidado como parte dela. Logo é necessário considerá-lo para se produzir o cuidado,

além dele, a cultura que nele se processa também precisa ser considerada, bem como as relações do usuário com sua família e com os diferentes espaços por onde circula (BRASIL, 2014a).

A promoção da saúde visa capacitar a população para a completa realização do seu potencial de saúde e para isso é necessária uma sólida implantação em um meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis (OTAWA, 1986).

Nessa perspectiva, destaca-se o fato de que tomar parte no processo de defesa da saúde e melhoria nas condições que a influenciam implica agir não somente na saúde, mas lidar com estilos de vida, com as formas de viver constituídas nas sociedades modernas, onde a população perde de vista o que é uma vida saudável e passa a adaptar-se a uma vida sedentária e estressante. Onde há doenças determinadas também por problemas mais comuns nas populações menos favorecidas como o medo, a desesperança, a dificuldade de acesso a bens e valores culturais e de cidadania (BRASIL, 2002).

Assim, segundo a PNAB (2012), a Atenção Básica:

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 (BRASIL, 2012b, p.19).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e também a capacidade de resolutividade clínica das equipes. É uma equipe multiprofissional, com profissionais de diferentes áreas de conhecimentos e atua de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2014a).

Esse dispositivo é orientado pelas diretrizes da Atenção Básica, ou seja, deve produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade, territorialização e responsabilidade sanitária. Os profissionais do NASF atuam a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2014a).

Sobre atuação intersetorial o caderno 39 (2014) diz:

é uma das diretrizes de trabalho utilizadas em muitas situações na Atenção Básica. É entendida como a articulação de ações que envolvam vários setores, reconhecendo que a produção da saúde tem relação com outras políticas como: educação, segurança, cultura, habitação, assistência social, transportes, lazer, esportes etc. É

necessária para o desenvolvimento de ações com foco na promoção e na prevenção à saúde, na busca da integralidade da atenção ao usuário (BRASIL, 2014a;p.95).

Sobre os NASF, a PNAB (2012b, p.69) afirma que estes “(...) fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo”.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, apresentadas no Caderno 27 sobre o NASF na ABS, este pode atuar nas seguintes áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

Outra prerrogativa importante do NASF é o apoio matricial. Trata-se de um novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada (CAMPOS, 1999 apud BRASIL, 2014a). As equipes de Saúde da Família se envolvem na atenção de situações/problemas comuns de dado território com equipes de profissionais de outros núcleos (NASF) (BRASIL, 2014a).

Os profissionais do NASF devem estar comprometidos, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família (SF) e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação em ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. Já que é corresponsável por usuários adscritos às equipes de AB e, ao mesmo tempo, pelas próprias equipes de AB (BRASIL, 2009).

Segundo a Portaria nº3.124, de 28 de dezembro de 2012, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3(Brasil, 2012b), cujas possibilidades de composição são:

Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; 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(BRASIL, 2014a;p.17).

Existem atribuições comuns aos diversos membros da equipe, mas as singularidades/especificidades de saberes também devem ser identificadas e potencializadas. Embora nem sempre seja fácil distinguir o que é prática dos núcleos e do campo dos saberes profissionais, o mais importante é a disposição para compartilhar saberes e práticas, de forma

segura, em equipe, para que cada núcleo e campo possam ir se enriquecendo mutuamente, de modo articulado e cuidadoso (BRASIL, 2009).

A PNAB (2012) exemplifica as ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do NASF, sendo:

[...] discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc (BRASIL, 2012b, p.70)

3. TERAPIA OCUPACIONAL, EDUCAÇÃO POPULAR E ATENÇÃO BÁSICA: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO

A terapia ocupacional por meio de ações inovadoras tem atendido a novas populações, além da clientela daqueles considerados “diferentes”, que ainda é maioria, são acrescentados os pacientes com quadros clínicos agudos e de recuperação mais rápida, além de sujeitos em condição de risco pessoal e/ou social (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). Com essa inserção da terapia ocupacional junto a novas demandas populacionais o perfil profissional foi redesenhado ampliando-o a não apenas uma prática disciplinar, mas uma prática de emancipação e de resgate de direitos (SOARES, 2011).

Sobre o trabalho do Terapeuta Ocupacional na AB Rocha, Paiva e Oliveira dispõem:

O terapeuta ocupacional deve ter uma atenção especial no que diz respeito ao estudo do território e elaboração do mapeamento da área abrangida pelas equipes de Saúde da Família, introduzindo nesse trabalho a preocupação com a identificação e busca ativa de grupos, famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade física, emocional e social, incluindo pessoas em sofrimento psíquico, deficiências, distúrbios do desenvolvimento e em situação de violência, de forma que esses usuários possam ser acolhidos na rotina do planejamento do trabalho das UBS (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012, p.356).

Pessoas com dificuldades na inserção e participação na vida social compõem o público alvo da terapia ocupacional. Na educação popular, o termo popular "significa a vontade de dirigir-se a todas as camadas da população, com uma atenção especial para aquelas que estão despossuídas de bens, saberes ou poderes legitimados." (STRECK, 2014, p.100).

A terapia ocupacional, segundo a definição da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP, 1997) é:

Um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldades na inserção e participação na vida social (FMUSP,1997).

A Atenção Básica é um dos espaços de atuação dessa categoria profissional e é espaço estratégico para promoção da participação cidadã e para o estabelecimento do cuidado pautado pela perspectiva da Educação Popular dentro do Sistema Único de Saúde.

O princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Para tanto torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007, p10).

O acúmulo de produções e experiências da Educação Popular e da Educação Popular em Saúde mostra-se como um importante suporte para a prática da terapia ocupacional no

contexto da atenção básica a perspectiva de um cuidado comprometido com a autonomia do usuário considerando sua condição de sujeito de direitos e agente da sua trajetória de saúde e doença. Assim, o diálogo entre Terapia Ocupacional, Educação Popular e Atenção Básica em Saúde mostra-se não só uma confluência possível, como também necessária para a ampliação de possibilidades de reinvenção de modos de cuidados dos profissionais do SUS, dentre eles, dos terapeutas ocupacionais.

No SUS, a participação da comunidade se constitui como diretriz e esta se concretiza através das Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Reconhece como direito dos cidadãos: “Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nas diferentes esferas de governo.” A participação social é contemplada ainda na gestão da Unidade Básica de Saúde (UBS) através de conselhos e colegiados constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários (PNAB). (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009, p.370).

Um dos objetivos da PNEPS é apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, corroborando para a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades. Assim, o terapeuta ocupacional, como os demais profissionais, inseridos nesse campo encontram nos estudos e experiências da educação popular bases para uma prática voltada para a participação, controle social e gestão participativa. Para isso mostra-se essencial “(...) o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, ampliação e criação de diálogos, trocas de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença”, fomentando e ampliando as possibilidades de protagonismo popular (BRASIL, 2012a, p.18).

O profissional de terapia ocupacional se preocupa com a complexidade dos fatores que empoderam e possibilitam ao cliente sua participação desejada ou necessária na vida comunitária quando seu envolvimento é positivo e promove a saúde (WILCOCK e TOWNSEND, 2008 apud AOTA, 2008), podendo ser um forte aliado em processos de participação cidadã.

As relações de cuidado no campo da saúde são muitas vezes pautadas em recomendações e regras dadas de modo vertical pelos profissionais de saúde à população o que muitas vezes está na raiz do problema da não aderência ao tratamento de doenças. Mostra-se com isso a importância de que os terapeutas ocupacionais reflitam sobre as relações estabelecidas com os usuários e à partir daí pensem em estratégias diferentes para a sua prática. Um antídoto para esse problema está na possibilidade de práticas pautadas no diálogo

e a construção compartilhada do conhecimento que são os princípios teórico-metodológicos da PNEPS.

Segundo AOTA (2014, p.9) “Profissionais de terapia ocupacional reconhecem que para que os clientes realmente alcancem uma existência plena em participação, significado e propósito (...)” necessitam de uma combinação única de contextos e ambientes, e seguindo nesse documento para um maior entendimento sobre contexto, este se refere:

[...] aos elementos que tanto compõem quanto circundam um cliente e que muitas vezes são menos tangíveis do que os ambientes físicos e sociais, mas ainda assim exercem uma forte influência sobre o desempenho. Contextos, conforme descritos na Estrutura são cultural, pessoal, temporal e virtual. (AOTA,2014 p.9).

Entende-se pelos estudos feitos até aqui a importância de que o terapeuta ocupacional tenha olhar sensível para o cotidiano, para os saberes e fazeres das pessoas e coletivos, bem como olhar atento para o ambiente físico, para as relações que se estabelecem, para a subjetividade, os conhecimentos, as habilidades e as estratégias construídas pelos sujeitos para viver a vida e a partir disso auxiliar na construção de caminhos voltados para a autonomia e participação na vida social.

Segundo Cavalcanti e Galvão:

(...) o contexto cultural reflete as crenças, os valores, as atitudes e as atividades executadas diariamente. Vem sendo um campo de aprendizado e descoberta de terapeutas que refletem sobre a prática voltada para seu cliente, cujo enfoque é tornar relevante o tratamento para o indivíduo, e não somente para a necessidade dada pelo diagnóstico clínico, institucional ou do próprio terapeuta, e, assim, inserir uma proposta de tratamento que se direcione ao contexto de tradições e experiências rotineiras vividas pelo cliente" (2011, p.108).

Nos serviços da Atenção Básica existe uma diversidade de pessoas e de modos de vida, que podem ser comuns à cultura do território ou que possuem marcas culturais de regiões distintas. Todas trazem consigo as marcas da cultura popular, com a riqueza das regiões, etnias e marcas familiares. Podem não ter tido acesso a uma educação emancipadora e desconhecem seus direitos como cidadãos, bem como tido sua autonomia desrespeitada e negada ao longo da vida e no decorrer da assistência recebida nos dispositivos e serviços.

Nessas circunstâncias, muitas pessoas chegam ao serviço adoecidas buscando uma solução mágica do profissional como se esse fosse o dono da verdade, entendendo seus problemas apenas como de ordem física, apresentando uma visão reducionista da realidade, desconsiderando os aspectos sociais, psicológicos, dentre outros, que exercem influência sobre suas condições de saúde e doença.

Assim o olhar do Terapeuta Ocupacional e o modo de produzir cuidado na Atenção Básica incorporando os valores da Educação Popular em muito podem acrescentar na sua prática, uma vez que concebe o indivíduo integralmente e promove trocas de experiências e

saberes populares e técnico-científicos. Nessa direção abre-se a possibilidade de um resultado novo, e talvez mais positivo no cuidado de doenças crônicas, na mudança efetiva na qualidade de vida de sujeitos com diversidades de toda ordem.

A Atenção Básica, como foi descrito anteriormente no trabalho, é um lugar de potência para a transformação de vidas, para a valorização das pessoas, a superação das desigualdades e formas de discriminação, violência e opressão.

O profissional deve direcionar sua prática intencionalmente à promoção da autonomia das pessoas (PNEP). Ou seja, mostrar na prática os caminhos possíveis de respeito e democracia que permitam aos sujeitos serem ouvidos, serem autores de seus projetos de saúde.

Inspirado nas orientações da PNEPS, entende-se que o Terapeuta Ocupacional na prática da Atenção Básica que reúne saberes e tecnologias orientadas para a emancipação trabalha no processo coletivo e compartilhado de conquistas, superação e libertação de tudo que produz a desumanização e a determinação social do adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como professora de Educação Infantil da rede Municipal de Educação em exercício, dois temas que se entrelaçam e fazem muito sentido na minha prática é o cuidar e o educar. Isso está arraigado na minha concepção profissional que levo também enquanto Terapeuta Ocupacional em formação. Na educação deparo-me no cotidiano com as questões da desigualdade social, injustiça, pobreza, exclusão de direitos e etc. E sempre pensando numa prática que promova autonomia, emancipação, resgate de direitos, cidadania para a comunidade que a escola está inserida.

No estágio curricular que realizei na Clínica da Família encontrei realidade semelhante as da educação, sendo que vivendo situações de demanda de cuidados de saúde. Pude perceber o espaço da AB como um espaço potente, e a disciplina de Educação Popular e Educação Inclusiva em Terapia Ocupacional ampliou ainda mais as minhas inquietações e necessidade de me aprofundar no aporte teórico sobre as possibilidades de ações na AB na interface dos conhecimentos da Educação Popular.

Durante o processo de construção desse trabalho amadureci ideias, apreendi muitas outras, acresci valores e reflexões para a vida. Uma delas foi sobre a importância do Terapeuta Ocupacional que atua no NASF beber da fonte da Educação Popular.

Ao estudar sobre o NASF deparei-me com uma prática diferente, menos estudada que as práticas estruturadas na forma de intervenção clínica tradicional, como por exemplo, de um ambulatório e tive dificuldade de entender o papel do Terapeuta Ocupacional nesse campo. Entendo que isso seja compreensível e que aconteça não só comigo enquanto estou em formação, como, também, com outros profissionais inseridos nessa realidade nova do NASF.

Espero que os conhecimentos e as reflexões teóricas aqui apresentadas possam ampliar ou esclarecer o sentido da prática do TO na AB no NASF.

A Educação Popular sempre foi ousada, no passado rompeu com esquemas rígidos e formais (GADOTTI, 2013). Colocando em prática a relação dialógica, que rompe o silêncio e promove a reflexão sobre as contradições, principalmente a partir da problematização da realidade (BRASIL, 2014). Espera-se que hoje ela possa avançar e que não tenha medo, inclusive, de superar-se a si mesma, de renovar-se, refundar-se, fiel ao princípio de buscar respostas para esse novo tempo, aberto a muitas possibilidades de futuro (GADOTTI, 2013).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.A. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil** Aguiar , 2007, 136p, Dissertação(Mestado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). (2008). **Practice Framework: domain & process**. 2º edition, Bethesda: AOTA.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. E BEZERRA, R.C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho, YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 783-836.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas desaúde no Brasil: reconstrução histórica e p e r s p e c t i v a s atuais**. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento para discussão) Brasília 2002.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, v. 1. (jun. 2000). Brasília. Ipea, 2000. Política Social, Periódicos. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**.Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.M 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília, 2014 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica, n. 27**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde – CNEPS. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília – DF, 2012 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, 2007.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Articulação Social. Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã. **Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas**. Brasília – DF, 2014 b.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**; Ottawa, novembro de 1986.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Avaliação dos Contextos**. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011, p.106-109.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Petrópolis: Vozes, 1985.

DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C. (Org.). **Caminhos da Terapia Ocupacional. In: Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**, São Paulo: Plexus, 2001. p. 37-8

DRUMMOND, A. **Fundamentos da Terapia Ocupacional**. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011, p.10-16.

FMUSP. **Terapia Ocupacional. O QUE É A PROFISSÃO?** Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/site-graduacao/graduacao/cursos-oferecidos-pela-fmrp/terapia-ocupacional/1997/>>. Acesso em: Junho, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo, Paz e Terra, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1994.

GADOTTI, M. **Estado e educação popular: Desafios de uma Política Nacional**, 1^a Reunião Ampliada da RECID em Brasília, 31 de maio de 2013, 21p.

MENICUCCI, TMG. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 320p.

NORONHA, J; LIMA, L; MACHADO, C. **O Sistema Único de Saúde: SUS**, In: GIOVANELLA, L et al, *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Renovación de La Atención Primaria de Salud em lãs Américas**. Documento de posición de La Organización Panamericana de La Salud/OMS, agosto, 2005, mimeo.

PONTE, C; NASCIMENTO, D. In: **Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura**. In: PONTE, C; FALEIROS, I. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história, Rio de Janeiro, Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, 340 p.

ROCHA, E; PAIVA, L; OLIVEIRA, R. **Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012.

SOARES, L. **História da Terapia Ocupacional**. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Terapia ocupacional: fundamentação & prática, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011, p.3-9.

STRECK, D. et AL. **Educação popular e docência**, 1.ed, São Paulo, Cortez, 2014.

VASCONCELOS, E.M.. **Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde**, PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.67- 83, maio. 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, V. O. ; OLIVEIRA, M.W. . **Educação popular: uma história, um que-fazer**. Educação Unisinos, v. 13, n. 2, p. 135-146, 2009.