

MINHA COR, EU DECLARO. MINHA HISTÓRIA, EU CONTO: VIVÊNCIAS INTERSECCIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

MY COLOR, I DECLARE. MY STORY, I TELL: INTERSECTIONAL EXPERIENCES IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE TIME OF COVID-19

Amanda Carvalho da Silva¹
Josenaide Engracia dos Santos²
Sabrina Goursand de Freitas³

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivos compartilhar experiências da terapia ocupacional, em nível de assistência e gestão em saúde, na atenção primária e discutir ações e políticas públicas, em tempos de Covid 19, com foco na população negra e população rural. Métodos: Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo e reflexivo, de atividades vivenciadas no período de 2020 a 2021, durante a formação no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Resultados: A terapia ocupacional dispõe de conceitos e técnicas que possibilitam a atuação com as populações em situação de vulnerabilidade, embasados pela consolidação do campo da terapia ocupacional social. Conclusões: A atenção aos determinantes sociais da saúde, complementar à uma visão interseccional das condições de saúde dos sujeitos, especialmente, das populações em situação de vulnerabilidade, amplia as possibilidades de cuidado e visa à equidade em saúde.

513

Palavras-Chaves: Atenção primária à saúde. Populações vulneráveis. Terapia Ocupacional. Políticas de Saúde.

ABSTRACT: The present work aims to share experiences of occupational therapy, at the level of assistance and health management, in primary care and to discuss public actions and policies, in times of covid-19, focusing on the black population and rural population. Methods: This is an experience report, of a descriptive and reflective nature, of activities experienced in the period from 2020 to 2021, during training in the Multiprofessional Residency program in Family and Community Health. Results: Occupational therapy has concepts and techniques that make it possible to work with populations in situations of vulnerability, based on the consolidation of the field of social occupational therapy. Conclusion: Attention to the social determinants of health, complementary to an intersectional view of the health conditions of populations, especially populations in situations of vulnerability, expands the possibilities of care and aims at equity in health.

Keywords: Primary Health Care. Vulnerable Populations. Occupational Therapy. Health Policy.

¹Terapeuta ocupacional/Especialização em Saúde da família e comunidade/Escola Superior de Ciências da Saúde Brasília. E-mail: amandalhr5@hotmail.com.

²Terapeuta ocupacional/Doutora em Ciências da saúde/Universidade de Brasília.

³ Terapeuta ocupacional/Especialização em Metodologia da Pesquisa e Gestão da Clínica/Escola Superior de Ciências da Saúde Brasília.

INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional se consolida como profissão desde a década de 1950, fundamentada nas bases biomédicas, voltadas ao atendimento individualizado e especializado, aspecto que tem se diferenciado na construção do objeto de conhecimento e de intervenção na Atenção Primária em Saúde (APS). Somente algumas décadas depois de se afirmar profissionalmente, por volta de 1980, a Terapia Ocupacional, através da participação política, amplia a discussão e o olhar para novos campos de atuação, como campo saúde pública, educacional e social, com práticas voltadas à inserção social e luta por direitos (MEDEIROS, 2003).

Junto à ampliação das possibilidades para a Terapia Ocupacional, em 1990, o sistema de saúde brasileiro se reorganizou para orientar os serviços de saúde através da APS, na intenção de promover práticas mais fundamentadas nos princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, como proposta, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (Esf) se configura como modelo de atenção na APS, sendo marco inicial para a atuação do terapeuta ocupacional nesse contexto (BRASIL, 2012).

514

Dentre as atribuições comuns aos profissionais de saúde da família, estão: a responsabilidade pela população adscrita e participação nos processos de territorialização, a partir da identificação das necessidades e potencialidades da comunidade, notificação de doenças e agravos do território, promoção à participação da comunidade e integração no processo de saúde, atendimento humanizado, com a construção de vínculo e escuta qualificada e o planejamento e avaliação das intervenções, sempre respaldadas pelo registro nos sistemas nacionais de informação da APS (BRASIL, 2006).

Com objetivo de apoiar a inserção da Esf e ampliar as ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), que possibilita a inserção do Terapeuta Ocupacional na APS e dá providência às atribuições como equipe multiprofissional.

A equipe do NASF, cada vez mais necessária para concretização dos princípios de integralidade e equidade de acesso aos serviços de saúde, especialmente, no cenário da

pandemia de Covid-19. A emergência da pandemia convocou os profissionais do NASF para atender a complexidade da Covid-19 que se instalou em todo território nacional. Em 2020, no cenário nacional, das 27 unidades da Federação, o Distrito Federal (DF) ocupa a penúltima posição em taxa de letalidade. Em âmbito local, a maior taxa (3,1%) está no Pôr do Sol/Sol Nascente. Ao lado, Ceilândia apresenta o maior número de casos, com 10.097 (DISTRITO FEDERAL, 2015). Esses dados sinalizaram a necessidade de reorganização do serviço de saúde e a convocação de força tarefa de profissionais da saúde no processo, incluindo o NASF.

Para colaborar com a reorganização dos serviços de saúde, em tempos de Covid-19, temos o NASF e a colaboração das Residências Multiprofissionais em Saúde. As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) se apresentam como uma modalidade de pós-graduação regulamentada no ano de 2005 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, e têm foco na formação em serviço, sob a orientação de profissionais qualificados, sendo possível integrar os conhecimentos específicos e a área comum de atuação (BRASIL, 2021). Um diferencial em um momento que demanda celeridade de resposta para enfrentamento do coronavírus.

O Programa multiprofissional em saúde da família e comunidade é orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, portanto, exigem o olhar às desigualdades e iniquidades presentes na sociedade, para que o ensino-serviço-comunidade seja realizado em acordo com as necessidades apontadas pelos gestores, trabalhadores e usuários do SUS (BRASIL, 2021). Principalmente pela excepcionalidade da situação provocada pela Covid-19, esse olhar as desigualdades são necessárias para uma resposta mais assertiva. Nesse cenário temos o profissional de Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional passa a ser convocada ao trabalho multiprofissional pela RMS no enfrentamento a pandemia, com atividades voltadas ao incentivo à vacinação completa com duas doses e dose de reforço, conforme indicação do Ministério da Saúde; fortalecimento do suporte social para a população mais frágil socioeconomicamente e desenvolvimento de atividades relacionadas à promoção de saúde mental.

As ações desenvolvidas na APS-NASF pelo terapeuta ocupacional residente, nas ações de enfrentamento à Covid-19, são: matriciamento com as equipes de forma remota, ações com foco individual às demandas de saúde mental, física e social, a fim de prevenir agravos e promover independência, autonomia e resgate de papéis ocupacionais, seguindo todas as medidas de biossegurança. O terapeuta ocupacional exerce também o papel de

articulador sob a perspectiva intersetorial, sendo um profissional que dialoga com outros equipamentos e que auxilia o usuário a estar inserido na rede de seu território (BRASIL, 2004; 2011; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

A Terapia Ocupacional, com experiência na APS, tem a possibilidade de promover a aprendizagem na assistência à saúde e gestão, transformando-se em uma vivência significativa. Isso é possível quando o residente se envolve com as propostas, com ideias e com a profissão. Constituindo-se em um profissional preparado para lidar com a multiplicidade e complexidade do cuidar em saúde na APS em um momento tão excepcional como o do coronavírus. Assim, objetiva-se socializar a experiência da terapeuta ocupacional vinculada a residência multiprofissional em saúde, fundamentado no exercício de práticas ancoradas na APS/NASF no cenário da assistência e gestão em tempos de pandemia da Covid-19, no Distrito Federal.

MÉTODOS

O delineamento deste relato de experiência adotou a técnica do diário de campo (FERNANDES; MOREIRA, 2013), buscando sistematizar as dimensões objetivas, reflexivas e analíticas da vivência. Foram sistematizadas as principais vivências da profissional de terapia ocupacional na APS, no período de 2020 a 2021.

A experiência foi desenvolvida através da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, da Escola Superior de Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde-Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ESCS/FEPECS-SES), com atuação em unidades básicas de saúde das regionais de Ceilândia, Itapoã e Fercal e na Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP).

A região administrativa de Ceilândia surgiu devido ao projeto de realocação de populações que viviam em áreas não regulamentadas, através da Campanha de Erradicação de Invasões (CEI). Atualmente, é a regional mais populosa do DF, com população urbana de 432.927 pessoas e tem como principal atividade econômica a prestação de serviços para empresas e o trabalho autônomo (DISTRITO FEDERAL, 2019).

O processo de ocupação no Itapoã surgiu em 1997 com a criação de dois condomínios residenciais na região. Em 2001, ocorre sua expansão com a chegada de milhares de família de outros estados do Brasil e da região administrativa vizinha, o Paranoá. A população

urbana da região corresponde a 62.208 pessoas, com média de idade de 28 anos e o trabalho autônomo é uma das principais fontes de renda da população (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Fercal, criada em 202, é a cidade mais recente do DF e ocupa posição entre as três regiões administrativas com o menor rendimento do estado. A cidade é marcada pela ocupação de grandes fábricas de cimento, usinas e mineradoras, caracterizando a atividade econômica da região pelo trabalho em indústrias. Ceilândia, Itapoã e Fercal estão entre as regionais com o maior número de pessoas autodeclaradas negras (pardas e pretas de acordo com a classificação do IBGE), caracterizando, respectivamente, 65,06%, 73,40% e 81,32% das populações (DISTRITO FEDERAL, 2019).

A atuação da residente de Terapia Ocupacional foi pactuada com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e GASPVP, considerando os pressupostos de atuação sistematizados pelo campo teórico da área de saúde pública e social; as resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – referência técnica para a atuação do Terapeuta Ocupacional na Saúde da família (BRASIL, 2011); e a base jurídico-normativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Considerando, o contexto e sua demanda da APS.

Levando em conta a atividade proposta da Terapia ocupacional, desenha-se um plano de trabalho de atuação, dinâmico, uma vez que a atuação é dialogada e pactuada com os serviços. Para tanto, adotou-se um processo coletivo que parte da sistematização e da análise do registro de campo construídas por meio da vivência (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

O registro das atividades foi o eixo norteador da metodologia, pois proporcionou um espaço de reflexão e ação, possibilitando descrição, análise e apanhado da atuação da Terapia Ocupacional na APS. Na UBS, as atividades seguiram uma dinâmica sistemática, organizada junto à preceptoria para o atendimento às demandas espontâneas trazidas pelos indivíduos residentes dos territórios e demandas da gerência local. Já as atividades de gestão foram desenvolvidas na Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP), em 2021.

Sendo assim, os resultados dessas experiências serão apresentados nas duas intervenções. A primeira delas está relacionada ao relato das ações desenvolvidas na assistência na Atenção Primária à saúde, em UBS, e a segunda discute os desafios enquanto terapeuta ocupacional na (GASPVP).

DISCUSSÃO

O processo de inserção para a vivência na APS (MEDEIROS, 2003) é orientado para o fazer da Terapia Ocupacional na UBS, por meio da estratégia do NASF (DISTRITO FEDERAL, 2019). Sinalizando para necessidade da atuação do profissional na organização de sistemas e serviços e atenção à saúde (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012)

1. ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Atuei em unidades básicas de saúde de diferentes regiões de saúde do Distrito Federal, e vivenciei a realidade de três territórios distintos. Iniciou-se assim o processo de territorialização. A inserção em territórios como Ceilândia, Itapoã e Fercal, aproxima-nos de demandas de cunho social e, principalmente, traz a necessidade de olhar para os grupos em situação de maior exclusão nesses espaços, como por exemplo, a população negra.

Iniciou-se o conhecimento do território, das comunidades e seus modos de vida, compreendendo a territorialização como ferramenta de partida no contexto da APS, pois fornece subsídios para uma atuação coerente com as necessidades e os anseios do território (PESSOA *et al.*, 2013). O terapeuta ocupacional passa a compreender a realidade complexa que envolve a comunidade, cujo processo de trabalho tem relação com as peculiaridades do território e da população (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

A partir da territorialização, duas frentes integradas têm início: a) acolhimento psicossocial; e b) atendimento aos Usuários Sintomáticos Respiratórios (USR). Exigindo do terapeuta ocupacional ações que contemplem as demandas específicas do lugar inserido e dos indivíduos. As atividades tiveram foco no acolhimento psicossocial e atendimento individual, principalmente, no cenário pandêmico da Covid-19.

A organização da estratégia de saúde da família, passou por diversas modificações nesse cenário, definidas pela obrigatoriedade das medidas de precaução contra a contaminação pelo coronavírus. A redução na oferta da carteira de serviço das unidades básicas de saúde foi uma das medidas tomadas, junto à necessidade de um fluxo de atendimento voltado aos usuários sintomáticos respiratórios. As atividades coletivas, por exemplo, foram as primeiras suspensas e a falta desse potencial dispositivo de promoção e recuperação de saúde, prejudicou o acompanhamento dos usuários de saúde mental e a acolhimento de demandas sociais emergentes da pandemia. Devido à sobrecarga nos serviços de saúde e às medidas de isolamento social, houve redução de recursos humanos

nas unidades básicas e suspensão de serviços da rede de saúde mental, principalmente os ofertados pelas instituições de ensino.

As atividades do NASF estiveram voltadas ao acolhimento de demanda espontânea, majoritariamente em saúde mental, e às atividades de apoio a gerência local para o manejo dos usuários sintomáticos respiratórios. Assim, foram feitas sessões de acolhimento para o manejo dos casos e a articulação com outros pontos de atenção à saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Também emergiram dessa articulação de rede o acolhimento, o matriciamento, a construção de projetos terapêuticos singulares e os atendimentos individuais.

Nesse contexto, o acolhimento foi uma das estratégias de suporte para reduzir o estado de estresse, dentro da fase aguda, e ajudar as pessoas a se valorizarem, principalmente quanto ao quesito raça /cor. A discussão sobre a autodeclaração racial e a coleta e implementação nos serviços básicos de saúde foi uma intervenção da terapia ocupacional, com objetivo de valorizar as necessidades específicas dos sujeitos, proporcionando qualidade no cuidado ofertado e colaborando com a produção de dados que norteiam ações e políticas públicas.

No acolhimento foram atendidos usuários com sofrimento mental, violação de direito de idoso, atraso no desenvolvimento infantil, mulheres em sofrimento, população LGBTQIA+ e população negra. Foi utilizada a escuta qualificada, permitindo o desabafo e criando um espaço para o indivíduo externalizar seu sofrimento, ofertado suporte e apoio para reforçar a segurança de falar sobre suas dificuldades e sentimentos e proporcionando os esclarecimentos necessários, com informações e orientações que facilitem a reflexão e o enfrentamento às dificuldades do cenário pandêmico. O acolhimento exigiu atuar segundo o conceito de interseccionalidade, que considera raça, gênero e classe, como aspectos que influenciam, diretamente, o processo de saúde e adoecimento de homens e mulheres negras.

No atendimento às mulheres negras, dispus do conceito de interseccionalidade, para compreender as especificidades protagonizadas por esse grupo, identificando as histórias de vida pessoal e conectando as vivências de racismo possíveis geradoras de sentimentos de desvalorização pessoal, negligência de autocuidado e ruptura de papéis, caracteriza sinais e sintomas de adoecimento de sofrimento psíquico. As intervenções tiveram foco na construção de redes de apoio, rotinas saudáveis e resgate ocupacional, capazes de amenizar o sofrimento.

Valorizar o reconhecimento e a afirmação racial não é uma prática comum no Brasil. Historicamente, é imposto que a pessoa negra esconda suas características fenotípicas, que desagradam a ótica eurocêntrica, para que seja aceita socialmente.

A privação da identificação racial influencia comportamentos de violência e desvalorização contra o próprio corpo, gerados pelo sentimento de não pertencimento e de subalternização, que são reforçados por vivências de racismo. Por isso, a discussão sobre a autoidentificação racial no acolhimento psicossocial, visa criar possibilidades de autocuidado para o corpo negro, capazes de gerar a aceitação (WERNECK, 2016; BRASIL, 2007).

O estresse de cunho econômico provocado pela dificuldade de acesso aos direitos básicos como trabalho, renda, alimentação e outras formas de subsistência foi um dos sintomas recorrentes acolhidos pela terapia ocupacional na APS. A atuação multiprofissional, no NASF, com os profissionais da terapia ocupacional, serviço social e nutrição foi essencial para traçar um plano de cuidado para as demandas e amenizar as desigualdades sociais enfrentadas na pandemia pelo coronavírus.

As minorias sofrem maior exposição aos efeitos da pandemia, grupos como pessoas de baixa renda, migrantes, indígenas, negros, comunidade LGBTQIA+, pessoas com deficiência, população em situação de rua, população privada de liberdade e população rural, sofrem pela restrição do acesso aos serviços de saúde, somado à outras violações de direitos constitucionais (SANTOS *et al.*, 2020).

Considerar abordagens específicas para grupos em maior vulnerabilidade, que possam garantir o exercício dos seus direitos e proteção social, é dever do estado e garante melhores condições de vida para os grupos favorecidos, também sendo consideradas essenciais para atuação com equidade dos profissionais de saúde.

No atendimento aos Usuários Sintomáticos Respiratórios (USR), atuei na base de notificação dos casos suspeitos de Covid-19. Para otimizar a saída da equipe de enfermagem e médicos dos consultórios surgiu, temporariamente, a função: *circulante* que consistia em um profissional de apoio, no atendimento aos usuários sintomáticos respiratórios, fazendo a entrega de insumos, medicamentos, fichas, equipamentos e outras demandas que exigiam circular pela UBS. Após os usuários passarem por esse atendimento, eram realizadas as notificações no sistema de informação e-SUS Notifica, a partir das informações das fichas

usadas na triagem. Foi a partir da atuação nesses dois processos de trabalho que propus algumas reflexões para a gerência local.

A primeira delas: parte expressiva da população atendida no USR era de usuários não brancos, porém as fichas eram notificadas com os campos Raça/cor e etnia e Comunidade tradicional, exigidos para notificação, como ignorados, isso devido à ficha física de a triagem não contemplar esses campos. Essa conduta perpetua as iniquidades em saúde, pois permite a desvalorização da identidade e do direito de autodeclaração dos sujeitos nos serviços de saúde.

Em base legal, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (FERNANDES; MOREIRA, 2013) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS), em 2009, como reflexo da luta dos movimentos negros e da pactuação de compromisso entre o MS e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPIR). A política aponta como ações fundamentais para os profissionais de saúde: a utilização do quesito raça, cor e etnia na produção de dados epidemiológicos, ampliação e fortalecimento do controle social, ações estratégicas para o combate e prevenção do racismo institucional e a implementação de ações afirmativas que promovam equidade em saúde (BRASIL, 2007).

Diante do cenário na unidade, propus reunião com a gerência para discutir as subnotificações desses dois itens, conseqüente da não implementação da política, levando como proposta a reformulação da ficha usada na triagem dos USR, com a inclusão dos itens necessários para a plena notificação dos atendimentos suspeitos de Covid-19. Com a ficha adaptada, dispondo das mesmas informações do sistema de notificação, foi apresentada à gerência e solicitado apoio para a instrução e incentivo do preenchimento completo.

Complementar à inclusão seria necessário provocar algum tipo de reflexão a respeito do preenchimento adequado dos itens para a vigilância epidemiológica, por isso elaborei um material informativo, disposto em todos os consultórios de atendimento USR, sobre a importância do quesito raça/cor e etnia e do preenchimento correto de todos os itens dispostos nas fichas de atendimento.

Quando se pretende modificar ou adaptar um processo de trabalho, é plausível saber que os resultados devem ser esperados respeitando: o tempo entre o acesso à nova informação ou instrução e a resposta em ações, o contexto apresentado e as possibilidades e dificuldades para alcançar essa mudança. O guia produzido para as equipes, não foi suficiente para que os profissionais preenchessem os itens referentes à autodeclaração e as

comunidades tradicionais, persistindo a subnotificação. Santos *et al* (2020) argumentam que a tomada de decisão se baseia em informação, não preencher, nem mesmo disponibilizar a informação segundo raça/cor, pode ser interpretado como a subjetividade do racismo institucional.

É preciso reconhecer que existe um grande consenso na nossa sociedade, sustentado pelo racismo, de que se perguntar a autodeclaração racial de um sujeito significa ofendê-lo, até mesmo as palavras raça e cor podem causar certo incômodo. Há ideia de não ser necessária essa identificação por cor, já que ela, por si só, seria o motivo da segregação e preconceito. Estas concepções enraizadas criam barreiras para atuação com equidade, dos profissionais de saúde, e dificultam que as políticas, portarias e decretos sejam respeitadas e efetivadas nos serviços.

Werneck (2016) aponta que o racismo institucional é lido como uma ferramenta de manutenção de poder, com potencial de intervir nas formas organizativas e políticas da sociedade. Quando se estrutura em órgãos governamentais, instituições públicas, corporações e universidades, é capaz de perpetuar as desigualdades e refletir em piores condições de saúde (WERNECK, 2016).

O racismo institucional também é compreendido como um dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que mais influencia as condições de vida e saúde de pessoas não brancas. Isso por se tratar de um determinante estrutural, que assim como a discriminação por gênero, orientação sexual, classe, estratificam a sociedade (BRASIL, 2011). Nas emergências de saúde pública, essas condições também podem isolar as pessoas dos recursos de que precisam para se preparar e responder a surtos (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Santos *et al* (2020) apontam a necessidade de mudança paradigmática na implementação das ações para a prevenção e controle da pandemia a partir do reconhecimento que estamos vivenciando um momento de crises econômica, política, ideológica e moral, transversalizadas pelo racismo. E a atividade realizada na atenção primária à saúde, possibilitada pela informação da importância do preenchimento do quesito raça/cor e etnia, é essencial para cumprir com o princípio de equidade, ao reconhecer que existem diferentes condições de vida e de saúde e que merecem um cuidado que atenda às suas necessidades.

Através da efetivação de ações que possibilitem a autodeclaração, podemos reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde, que afetam as condições de saúde física e

psíquica dos indivíduos e construir melhores condições de saúde, a partir do real diagnóstico das condições de saúde específicas de cada população. Além disso, contribuir para efetivação de políticas públicas.

2. GESTÃO NA GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO VULNERÁVEL E PROGRAMAS ESPECIAIS

A experiência de gestão na GASPVP foi direcionada para o desenvolvimento e utilização de conceitos, de metodologias e dos mais diversos instrumentos para inclusão e integração de populações vulneráveis nas redes de atenção à saúde, por meio de políticas públicas. Para tanto, foram realizadas atividades como: aproximação das equipes de saúde da família, para identificação das necessidades e dificuldades na oferta do cuidado com as populações, conferências e webinários tratando de temáticas pertinentes à saúde das populações em vulnerabilidade, formação de grupos de trabalho para discussão e elaboração de documentos, projetos de capacitação para APS, mapeamento de terreiros do DF e visitas a comunidades tradicionais.

A GASPVP tem atuado nesses processos, como coordenadora do CTSPN, instituído pela Portaria nº 43 de 06 de março de 2013 (DISTRITO FEDERAL, 2013), com a finalidade de promover a equidade e igualdade racial nas ações e serviços de saúde para o alcance da consolidação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito do SUS. O CTSPN é representado pela SES, SEPPIR, SEJU, pesquisadores do campo de saúde da população negra, representantes de movimentos sociais e sociedade civil.

A discussão sobre alteração da Portaria nº 54, de 18 de Janeiro de 2021 (DISTRITO FEDERAL, 2021), a qual trata da Composição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Distrito Federal (CTSPN): incluídos dois itens relativos à saúde da mulher negra, a saber: “Promover o acolhimento, tratamento e atenção à saúde mental da mulher negra” e “Discutir estratégias de alcance que visem ao aprimoramento das práticas de cuidado em saúde, ampliando o olhar de profissionais que atuam na RAPS para o reconhecimento do racismo enquanto produtor de sofrimento psíquico” foi uma das atividades deste comitê.

Dentre as ações durante o ano de 2021, uma delas foi a elaboração de materiais, reforçando o preenchimento do quesito raça/cor e etnia para os serviços básicos de saúde. A confecção destes aconteceu de forma colaborativa no CTSPN, integrando conhecimentos

das instituições e sociedade civil, sendo capazes de captar as maiores dificuldades dos profissionais de saúde e dos usuários do SUS no que diz respeito à autodeclaração.

A cartilha tem como objetivo central abordar a efetivação da autodeclaração (segundo a tabela de cores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE) e a importância da coleta e preenchimento correto do quesito raça/cor e etnia nos formulários de atendimento e sistemas de informação no SUS. O material foi organizado de forma clara e objetiva, para ser usado como um instrumento de referência para os profissionais de saúde, dispondo de informações a respeito da relevância da implementação para as políticas públicas, orientações úteis para situações eventuais, onde o usuário não sabe se autodeclarar e dispôs de decretos e normativas para consulta.

Já o cartaz foi elaborado com foco na sociedade civil e usuários do SUS, com objetivo de aproximar a discussão da autodeclaração, reconhecendo que parte da população não a compreende como um direito ou não têm acesso às informações, principalmente, no que diz respeito às políticas públicas.

Também foi necessário levantar, analisar e monitorar os documentos institucionais, a exemplo do trabalho do CTSPN com os documentos institucionais. Conforme Silva (PESSOA *et al.*, 2013), o monitoramento consiste na observação e acompanhamento contínuo, a fim de identificar suas dimensões, descrevê-lo e prever situações e resultados. E para Jannuzzi (2014), a avaliação pode ser parte integrante da análise de políticas públicas, seja como instrumento de sistemas de monitoramento e avaliação de ações, programas e políticas ou como um processo de investigação.

Dentre as ações do CTSPN, também houve mobilização nas redes sociais oficiais da Secretaria de Estado de Saúde, nas datas alusivas relevantes para a população negra, como por exemplo, o Dia Nacional da doença falciforme, Dia Pró-saúde da população negra e Dia da Consciência Negra. Em referências às datas, foram produzidos conteúdos tratando de temáticas como racismo institucional, saúde da mulher negra, saúde da pessoa com doença falciforme e quesito raça/cor e etnia, com objetivo de ampliar o debate e compartilhar informações de saúde pública.

Além disso, para a semana da consciência negra, a gerência propôs uma foto coletiva com todos os profissionais autodeclarados negros do serviço, para a construção de um mural colaborativo, como espaço para trazer referência a história, cultura e saberes da população negra, valorizando a identidade étnico racial dos trabalhadores. Sendo assim, a GASPVP

trouxo a discussão da autodeclaração no dia da Consciência Negra como convite para reconhecimento da identidade racial como ponto central da trajetória das pessoas negras e como reafirmação do dever de implementar o quesito raça, cor e etnia em todos os formulários e sistemas de informação do SUS.

Outra população sob os cuidados da gerência é a população do campo e rural. No Distrito Federal, residentes de assentamentos e outros espaços rurais. A terapia ocupacional participou de ações pontuais voltadas, especificamente, para atenção à saúde das mulheres assentadas. A ação descrita foi idealizada pela Secretaria da Mulher do Distrito Federal, com parceria da SES, SEJUS, e outras instituições, e ocorreu em setembro de 2021 no Assentamento Renascer Palmares, localizado em Sobradinho. A GASPVP direcionou suas ações nos assentamentos para aproximação com o território, acolhimento das demandas, atendimento médico e monitoramento do Programa Bolsa Família. A terapia ocupacional esteve à frente do acolhimento psicossocial, enquanto os médicos e internos realizaram os atendimentos clínicos, sendo priorizado o encaminhamento para UBS de referência para acompanhamento das condições de saúde, e quando necessário, encaminhado a outros serviços especializados.

No acolhimento psicossocial, foi possível identificar demandas de saúde e visualizar, brevemente, como se constrói a ideia de cuidado e a relação com os serviços de saúde, para as mulheres assentadas. Todas as mulheres apresentaram questões pertinentes ao atendimento médico, porém a busca por exames físicos e medicalização foram as demandas mais acolhidas. Durante o acolhimento, também surgiram demandas de caráter social e educacional, por exemplo, a procura por atividades educacionais e profissionalizantes e busca por benefícios e auxílios, de transferência de renda, necessários para o enfrentamento às dificuldades financeiras.

A procura por cursos, aulas e outras capacitações profissionais é um ponto relevante para pensarmos, principalmente, por ser revelador da falta ou dificuldade de acesso a esses instrumentos nas áreas rurais. Vale lembrar que, no evento, havia algumas instituições que trabalham com essas questões, como a secretaria do trabalho e outra instituição profissionalizante não-governamental, mas ressaltou essa demanda emergente no campo da saúde, principalmente, saúde mental.

A construção de estratégias e ações que subsidiem a elaboração de políticas públicas com foco na saúde da mulher assentada, é uma demanda para a gestão da APS. O olhar para

as condições de vida e saúde específicas dessas mulheres, marcadas pela relação com o território, nos permite uma abordagem com mais equidade e integralidade, qualificando o cuidado ofertado.

O primeiro passo deveria ser a aproximação dos serviços de saúde, considerando a vulnerabilidade e desassistência do território, sendo possível concretizá-la a partir da inserção das equipes de referência, com apoio do NASF. Assim, seria possível agregar ações que visem proporcionar melhores condições de saúde para essa comunidade, a partir da educação, promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Com acesso à unidade de referência, a comunidade assentada deve ter suas demandas acolhidas, com estratificação de risco, resolutividade e encaminhamentos para outros níveis de atenção, quando necessário. Inseridos na UBS, podem usufruir de atendimento multiprofissional, a partir do trabalho do NASF, dispendo do profissional da terapia ocupacional nos campos de saúde mental, reabilitação física e cognitiva, acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor infantil, intervenção baseada no desempenho ocupacional e atividades de vida diária (AVD's) e práticas integrativas em saúde.

A inserção das equipes de saúde em territórios como assentamentos e terreiros facilita o cuidado longitudinal e integral, a partir da troca de saberes, da identificação das demandas específicas, do atendimento e acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidade. Sendo assim possível desenvolver ações intersetoriais, que atuam nos determinantes dos padrões de saúde das populações.

No âmbito da gestão, acredito que a possibilidade de um grupo de trabalho, com objetivo de realizar um diagnóstico situacional e planejar ações que visem a promover saúde para a população assentada, incluindo diferentes áreas programáticas, mostra-se mais efetivo do que ações pontuais. A confecção de um plano de ação ou linha de cuidado com foco na saúde da população rural assentada, incluindo as interseções de gênero e raça, reforça a política e garante que as especificidades do cuidado sejam respeitadas. Assim o trabalho compartilhado entre gestão central e gestão local nas regiões de saúde com territórios rurais, é essencial para a tomada de decisões, baseadas na análise da situação de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos determinantes sociais da saúde, que incide nas condições de saúde da população negra, é o racismo. As repercussões perpassam a saúde mental, física, o

engajamento em papéis ocupacionais e atividades de vida diária, a participação comunitária, o acesso aos serviços e demais dispositivos de saúde e na emancipação dos sujeitos. Por isso, as experiências relatadas foram marcos importantes no combate ao racismo institucional dentro dos serviços de saúde, mas ainda é um desafio para o SUS, refletido, explicitamente, na recusa dos profissionais de saúde para a coleta e preenchimento do quesito raça, cor e etnia, a partir da autodeclaração: item obrigatório em todos os formulários de atendimento nos serviços de saúde. A não confiabilidade dos dados gerados nos sistemas de informação do SUS, dificultam uma visão real das condições de saúde da população negra, assim como impede a criação e efetivação de ações afirmativas que visem melhorar as condições de saúde da população negra.

Sendo assim, as experiências permitiram acompanhar as diretrizes e atribuições da política nacional da APS, assim como as políticas com foco em grupos populacionais considerados mais vulneráveis e atuar a partir de condutas que visem a diminuição das desigualdades e iniquidades em saúde. Esse trabalho junto à gestão qualificada tem potencialidade para transformar a realidade caracterizada por piores condições de saúde dessas populações em um contexto pandêmico tão adverso.

Por fim, é visível que a desvalorização da identidade racial, principalmente nas comunidades marcadas pelas inúmeras vulnerabilidades e desigualdades, é proposital para o distanciamento ao acesso à equidade em saúde e outras formas de emancipação. O resgate histórico-cultural e identitário pode promover saúde e torna palpável as disparidades para àqueles que ainda possam ter dúvidas que todas as histórias têm, primordialmente, cor.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: SEPPIR; 2007. 60 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf
f. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021**. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-Interministerial-007-2021-09-16.pdf>. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial União, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prto154_24_01_2008.html. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. **Resolução coffito nº 407 de 18 de agosto de 2011**. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3170>. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. 1a. ed., 1a. reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004 (Série G--Estatística e informação em saúde).

DISTRITO FEDERAL. Codeplan. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios Ceilândia**. Brasília: Codeplan, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Codeplan. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios Itapoá**. Brasília: Codeplan, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Codeplan. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios**. Brasília; Codeplan, 2019.

DISTRITO FEDERAL. **Companhia de Planejamento do Distrito Federal**. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/acesso-a-servicos-basicos-em-brasilia-esta-proximo-do-ideal/>. Acesso em: 24 maio 2022.

DISTRITO FEDERAL. SINJ-DF. **Portaria nº 43, de 06 de março de 2013**. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/73738/Portaria_43_06_03_2013.html. Acesso em: 24 maio 2022.

DISTRITO FEDERAL. SINJ-DF. **Portaria nº 54, de 18 de janeiro de 2021**. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/894e6584479b4da6b9efiaf17456e83b/Portaria_54_18_01_2021.html. Acesso em: 24 maio 2022.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 511-529, jun. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>.

JANNUZZI, P. de M. Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 25, n. 58, p. 22-42, 30 ago. 2014. <https://doi.org/10.18222/eae255820142916>.

MEDEIROS, M. H. da R. **Terapia Ocupacional. Um Enfoque Epistemológico e Social.** 2ª edição. São Carlos; São Paulo: EdUFSCar, 2003.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F. F.; TEIXEIRA, A. C. de A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2253–2262, ago. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>.

ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. dos H. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias / Occupational Therapy in Primary Health Care: responsibilities, actions, and technologies. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 20, n. 3, 19 dez. 2012. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/679>. Acesso em: 23 maio 2022.

SANTOS, M. P. A. D.; NERY, J. S.; GOES, E. F.; SILVA, A. D.; SANTOS, A. B. S. D.; BATISTA, L. E.; ARAÚJO, E. M. D. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, p. 225–244, 10 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535–549, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.