

Artigo Original

# Atuação da terapia ocupacional com a população do campo na perspectiva da atenção primária à saúde

*Occupational therapy practice with rural populations from the perspective of primary health care*

Maria Eduarda Pachêco Silva<sup>a</sup> , Marília Meyer Bregalda<sup>a</sup> ,  
Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas<sup>b</sup> 

<sup>a</sup>Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>b</sup>Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Como citar:** Silva, M. E. P., Bregalda, M. M., & Dantas, A. C. M. T. V. (2026). Atuação da terapia ocupacional com a população do campo na perspectiva da atenção primária à saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 34, e4108. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto416641081>

## Resumo

**Introdução:** O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade com ênfase em saúde da população do campo busca garantir a atenção integral à saúde dessa população, marcada por iniquidades no acesso a direitos sociais. **Objetivos:** Identificar as intervenções desenvolvidas por terapeutas ocupacionais integrantes do programa e seu embasamento teórico, e caracterizar as demandas da população atendida. **Método:** Pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório, realizada virtualmente através de entrevistas semiestruturadas com sete terapeutas ocupacionais. **Resultados:** O exercício profissional em uma lógica diversa do produtivismo assistencial contrasta com barreiras no acesso aos serviços e escassez de recursos para a atuação. As demandas populacionais se relacionam com o adoecimento pelo trabalho, transtornos mentais, agravos decorrentes de doenças crônicas, alcoolismo e violência contra a mulher. As principais intervenções desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais são atividades grupais, atendimentos domiciliares e ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, destacando-se a valorização dos conhecimentos e modos de vida do campesinato na construção do cuidado em saúde. As participantes referiram que a saúde da população do campo foi pouco abordada na graduação, além da dificuldade em encontrar publicações da profissão para embasar essas intervenções. **Conclusão:** O financiamento e a criação de projetos para inserção de profissionais no campo, a inclusão da saúde da população do campo na formação graduada e o incentivo à pesquisa sobre o tema podem qualificar a atuação de terapeutas ocupacionais e outros

Recebido em Maio 7, 2025; 1ª Revisão em Ago. 25, 2025; Aceito em Out. 1, 2025.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

profissionais da saúde nesse contexto, na direção de uma atuação resolutiva, coletiva, contextualizada e integral.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional, Saúde da População Rural, Atenção Primária à Saúde, Residência não Médica não Odontológica.

### Abstract

**Introduction:** The Multidisciplinary Residency Program in Family and Community Health, with an emphasis on the health of rural populations, seeks to ensure comprehensive health care for this population, which is marked by inequities in access to social rights. **Objectives:** To identify the interventions developed by occupational therapists participating in the program and their theoretical foundations, and to characterize the demands of the population served. **Method:** This was a qualitative, descriptive, and exploratory study conducted virtually through semi-structured interviews with seven occupational therapists. **Results:** Professional practice within a logic different from that of care productivism contrasts with barriers to access to services and with the scarcity of resources for practice. Population demands are related to work-related illness, mental disorders, conditions resulting from chronic diseases, alcoholism, and violence against women. The main interventions developed by the occupational therapists are group activities, home visits, and health promotion and disease prevention actions, with emphasis on valuing the knowledge and ways of life of rural peoples in the construction of health care. The participants reported that the health of rural populations was scarcely addressed in undergraduate education, in addition to the difficulty of finding publications in the profession to support these interventions. **Conclusion:** Funding and the creation of projects for the insertion of professionals in rural areas, the inclusion of rural population health in undergraduate education, and encouragement of research on the topic may qualify the practice of occupational therapists and other health professionals in this context, toward practice that is effective, collective, contextualized, and comprehensive.

**Keywords:** Occupational Therapy, Rural Health, Primary Health Care, Internship - Nonmedical.

## Introdução

O Brasil é um país de grande extensão e apresenta diferentes contextos territoriais. Segundo dados do Censo Demográfico de 2022, de 203,1 milhões de pessoas que viviam no país, 177,5 milhões (87,4%) residiam em áreas urbanas e 25,6 milhões (12,6%), na zona rural (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024).

A população do campo é composta por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução relacionados com a terra. Os camponeses são agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo (Brasil, 2013).

Essa população se caracteriza pela biodiversidade e pela diversidade racial, étnica, religiosa, cultural, social e de sistemas e tecnologias de produção. Ela é marcada, historicamente, pelas iniquidades no acesso à saúde, pela exploração das riquezas naturais pelos grandes proprietários de terra, pela opressão cultural e por diferentes formas de violências praticadas, principalmente, contra as mulheres camponesas (Brasil, 2013).

A concentração de recursos e serviços públicos e privados nas grandes cidades a torna refém das condições impostas pelo modo de vida urbano, impactando sua autonomia e ocasionando desvantagens sociais condicionadas pela falta de acesso (Wanderley, 1997 como citado em Silva et al., 2023).

No Brasil, a cobertura de saneamento básico, importante determinante social de saúde, também é inferior na zona rural. Em 2020, 93,4% da população urbana era atendida por serviço de abastecimento de água, 63,2% por esgotamento sanitário e 98,7% por coleta domiciliar de resíduos sólidos. Na zona rural, apenas 55,6% dos domicílios recebem abastecimento de água, 37%, esgotamento sanitário e 44,8%, manejo de resíduos sólidos (Brasil, 2022).

Um estudo de Arruda et al. (2018) aponta que moradores de comunidades rurais consideram pior sua saúde quando comparada à da população urbana, e que eles procuram menos os serviços de saúde.

*Poderiam ser destacadas a menor oferta de serviços de saúde nas proximidades rurais e as dificuldades de acesso, que implicam em maiores custos de deslocamento às pessoas. Essas dificuldades ficaram mais evidentes para idosos e pessoas de baixa renda nas áreas rurais, que apresentam probabilidades de acesso significativamente inferiores às de seus pares urbanos (Arruda et al., 2018, p. 9).*

Considerando que os determinantes sociais de saúde, que exercem influência direta sobre a qualidade de vida dos diferentes segmentos populacionais, são compostos por aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais, e levando-se em conta a realidade rural brasileira, é possível afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios na promoção de saúde desse recorte populacional (Brasil, 2013).

Em reconhecimento às especificidades do campo, foi instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas. Seus objetivos, diretrizes e estratégias tratam tanto das condições e dos determinantes sociais de saúde desses territórios no processo saúde-doença, quanto da necessidade de melhorar a qualidade de vida das populações do campo, florestas e águas através de ações e iniciativas que considerem seus modos de vida e trabalho. Para materializar esses propósitos, é necessário o esforço do poder público, da sociedade e dos serviços do SUS (Brasil, 2013).

Com a finalidade de garantir a atenção à saúde de toda população brasileira, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura o primeiro nível dessa atenção e se caracteriza por um conjunto de ações que abarcam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção em saúde. Trata-se da porta de entrada para o SUS e tem como princípios a acessibilidade, a responsabilização, a integralidade, a universalidade, a equidade, a humanização e a continuidade no cuidado (Brasil, 2017).

A principal forma de operacionalização da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), cujas ações são desenvolvidas por equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde da Família (USF), que devem estar localizadas o mais próximo possível dos indivíduos, nos territórios onde eles exercem suas atividades cotidianas (Brasil, 2017).

Com a Portaria GM nº 154, de janeiro de 2008, terapeutas ocupacionais se inseriram de forma mais expressiva na APS em nível nacional, a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes com profissionais de

diferentes áreas para ampliar a resolutividade do cuidado aos usuários (Brasil, 2008). Com a promulgação da Portaria GM nº 635, de 22 de maio de 2023, o NASF é substituído pelas Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti, que mantém o caráter de apoio às equipes de saúde da família e de qualificação e ampliação da resolutividade do trabalho das equipes (Brasil, 2023).

Em junho de 2005, a Lei nº 11.129 instituiu a Residência em Área profissional da Saúde com o intuito de trabalhar de forma integrada com todas as profissões da saúde, sobretudo na perspectiva da saúde da família e comunidade (Brasil, 2005). De forma a incorporar o ensino, a atenção à saúde, a gestão do SUS e a participação e controle social no cotidiano de trabalho visando a produção de transformações neste contexto, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 traz as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Desse modo, a expansão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Residências Integradas em Saúde se qualificam como estratégias de implantação da PNEPS para o enfrentamento das insuficiências e demandas do SUS (Brasil, 2009).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) com ênfase em saúde da população do campo foi criado em 2015 a partir de uma articulação da Universidade de Pernambuco (UPE) com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e com o Coletivo Grão - Saúde do Campo. Essa residência é respaldada pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e tem o objetivo de qualificar profissionais da área da saúde para compreender as iniquidades históricas da população do campo e atender suas demandas. Os residentes desse programa são alocados nos municípios de Caruaru/PE, no qual atuam com famílias assentadas e acampadas do MST, e em Garanhuns/PE, onde atendem comunidades quilombolas. Desse modo, como uma forma de garantir e efetivar os princípios do SUS em um território rural, essa proposta de atuação representa uma das únicas ofertas do cuidado ampliado multiprofissional para esse público, em seu território de abrangência (Lima et al., 2023).

Sendo a terapia ocupacional uma profissão que usa de recursos e tecnologias para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões específicas, apresentam dificuldade de inserção e participação social (Barros et. al, 2002), sua integração nas equipes de saúde que atuam no campo deve se pautar no enfrentamento das desigualdades desse recorte populacional no acesso à saúde. Nesse sentido, o terapeuta ocupacional pode atuar em diferentes cenários com essa população, levando em conta seus espaços da vida cotidiana e suas singularidades e características identitárias (Paiva et al., 2013).

Na busca por produções científicas que alinhem a atuação de terapeutas ocupacionais com a população do campo, Silva et al. (2023) apresentam que o conhecimento sobre o tema é pouco disseminado e que o suporte profissional para a prática nesse contexto ainda é insuficiente. Outras considerações dos autores são que

*Percebeu-se diversas possibilidades de ação voltadas a uma perspectiva coletiva e socialmente referenciada. Todavia, essas dimensões do trabalho ainda precisam ser melhor discutidas, como as questões em torno das problemáticas histórico-sociais relacionadas a vulnerabilidades coletivas, sociais e culturais (Silva et al., 2023, p. 12).*

Como a RMSFC vem possibilitando a um grupo de terapeutas ocupacionais a qualificação profissional para atuação com a população do campo, sistematizar as

percepções e experiências dessas ex-residentes pode agregar elementos que colaborem para a produção de conhecimento científico sobre o tema. Ademais, correlacionar embasamento teórico e prático com a realidade das atividades por elas desenvolvidas permite que as intervenções específicas da profissão em territórios, contextos e com sujeitos desse recorte populacional sejam mais qualificadas, visto que outros profissionais poderão se beneficiar dos resultados obtidos. Nesse sentido, esta pesquisa pretende caracterizar as principais demandas e particularidades da população do campo atendida por essas profissionais, identificar as intervenções por elas desenvolvidas na RMSFC, bem como as especificidades dessa prática profissional, e conhecer o embasamento teórico dessa atuação.

## **Método**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo exploratório. Segundo Triviños (1987), na pesquisa qualitativa os pesquisadores não se importam apenas com os resultados e produtos, mas sim com os processos dos fenômenos, para descobrir suas relações com a atualidade.

Os estudos descritivos procuram analisar fatos ou fenômenos em profundidade e descrever detalhadamente a forma como eles se apresentam, levando em conta, entre outros aspectos, questões sociais, econômicas, políticas e percepções de diferentes grupos e comunidades. Já a pesquisa exploratória é realizada quando o tema escolhido é pouco explorado, de modo a fornecer uma explicação geral sobre determinado assunto. Esse tipo de estudo requer levantamento bibliográfico consistente, análise de dados de documentos e observação de fatos ou fenômenos (Oliveira, 2007).

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, na qual o entrevistador segue um roteiro com perguntas gerais ou em tópicos, focando na centralidade da pesquisa, mas permitindo certa flexibilidade a fim de aprofundar o relato do participante (Santos et al., 2021).

O roteiro para a realização das entrevistas teve como temas centrais: as motivações das terapeutas ocupacionais para ingressarem em uma residência com ênfase em saúde da população do campo; os subsídios da formação graduada para a prática no território rural; as diferenciações entre as práticas realizadas no campo e na cidade; as populações e demandas atendidas pelas profissionais; as ações e os recursos utilizados; os aspectos limitantes e potencializadores no desenvolvimento das intervenções; e os fundamentos teóricos que as embasaram.

Quanto aos aspectos éticos, o presente trabalho respeitou os preceitos da Resolução de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (466/2012), do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2012, 2016). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sendo aprovado pelo parecer de nº 7.240.393 e CAAE de nº 83906724.8.0000.5188. O critério de inclusão utilizado foi o de que as participantes do estudo seriam terapeutas ocupacionais que concluíssem a RMSFC oferecida pela UPE, desde a sua criação em 2015 até o segundo semestre de 2024.

O contato das profissionais foi repassado pela tutora do referido programa à coorientadora da pesquisa, uma das fundadoras da RMSFC. Em dezembro de 2024, foram convidadas a participar do estudo, por e-mail e WhatsApp, as dez terapeutas

ocupacionais que cumpriam o critério de inclusão e, desse montante, sete profissionais aceitaram ser entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas através da plataforma Google Meet<sup>®</sup>, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a disponibilidade das participantes, no período de dezembro de 2024 a fevereiro de 2025, e foram gravadas em sua íntegra para posterior transcrição e sistematização dos dados. Elas tiveram duração média de 58 minutos e suas transcrições contaram com duas auxiliares de pesquisa, estudantes de terapia ocupacional.

O tratamento e a análise dos dados ocorreram mediante a análise de conteúdo proposta nas formulações de Bardin (2016), que a define em três etapas: I) pré-análise, relacionada à organização e sistematização das ideias iniciais, de maneira a conduzir o desenvolvimento das categorias de análise; II) exploração do material, correspondente à sistematização dos dados a partir das categorias de análise definidas na etapa anterior; e III) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que é possível analisar os dados, realizar inferências e criar interpretações que dialoguem com os objetivos da pesquisa.

## Resultados e Discussão

As sete participantes da pesquisa tinham média de idade de 32,5 anos. Na Tabela 1 é possível observar que quatro delas (57,1%) são nordestinas e que, da totalidade, cinco (71,4%) voltaram para sua cidade de origem após a residência. Ademais, é notória a predominância de mulheres cis (85,8%) e, dessa forma, serão utilizados artigos e pronomes femininos para nos referirmos ao conjunto de participantes. Quanto à raça/etnia, observam-se iguais proporções entre pardas (28,7%) e pretas (28,7%). Sobre a renda mensal das participantes no momento da entrevista, 14,2% delas informaram receber de 1 a 2 salários-mínimos; 42,9%, de 3 a 4; 14,2%, de 4 a 5 e, 28,7%, mais de 5 salários-mínimos.

**Tabela 1.** Caracterização das participantes da pesquisa.

Caracterização	Cidade de Origem	Cidade onde reside atualmente	Idade
1	João Pessoa - PB	João Pessoa - PB	30
2	Brasília - DF	Garanhuns - PE	36
3	Maribondo - AL	Maribondo - AL	34
4	Itaquaquetuba - SP	Belo Horizonte - MG	31
5	Bezerros - PE	Bezerros - PE	27
6	Recife - PE	Recife - PE	34
7	Bom Despacho - MG	Bom Despacho - MG	36
<b>Identidade de gênero</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Mulher cis		6	85,8
Homem trans		1	14,2
<b>Raça/Etnia</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Branca		3	42,6
Parda		2	28,7
Preta		2	28,7

Fonte: Elaboração própria, 2025.

**Tabela 1.** Continuação...

<b>Renda mensal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1 a 2 salários-mínimos (R\$1412,00 a R\$2824,00)	1	14,2
3 a 4 salários-mínimos (R\$ 2824,00 a R\$ 4236,0)	3	42,9
4 a 5 salários-mínimos (R\$ 5648,00 a R\$ 7060,00)	1	14,2
Mais de 5 salários-mínimos (> R\$ 7060,00)	2	28,7

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Conforme apresentado na Tabela 2, a maioria delas se graduou em estados do Nordeste do país (57,1%) entre 2012 e 2019. Houve representantes de cinco das oito turmas formadas pelo programa de residência até o momento de construção deste estudo, sendo predominante o vínculo das participantes que atuaram junto a comunidades quilombolas no município de Garanhuns (71,3%). Nota-se uma distribuição igualmente proporcional de vínculos empregatícios nos setores público (28,7%) e privado (28,7%), além da desistência da carreira de terapeuta ocupacional por uma das participantes após a conclusão da residência. Quase a totalidade das profissionais (85,8%) possui uma pós-graduação além da RMSFC com ênfase em saúde da população do campo.

**Tabela 2.** Dados acadêmicos das participantes.

<b>Dados acadêmicos</b>		
<b>Instituição onde se graduou em terapia ocupacional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Universidade Federal de Pernambuco - PE	2	28,7
Universidade Federal de Minas Gerais - MG	2	28,7
Universidade Estadual de Ciências de Alagoas – AL	1	14,2
Universidade Federal da Paraíba - PB	1	14,2
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - MG	1	14,2
<b>Ano de finalização da graduação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
2012	1	14,2
2013	1	14,2
2015	2	29
2016	1	14,2
2017	1	14,2
2019	1	14,2
<b>Turma da residência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
T01/2015	2	28,7
T03/2017	1	14,2
T04/2018	1	14,2
T06/2020	2	28,7
T08/2023	1	14,2

Fonte: Elaboração própria, 2025.

**Tabela 2.** Continuação...

<b>Dados acadêmicos</b>		
<b>Local onde atuou na residência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Garanhuns - PE	5	71,3
Caruaru - PE	2	28,7
<b>Trabalho atual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Setor privado	2	28,7
Setor público	2	28,7
Setor público e privado	1	14,2
Docência	1	14,2
Não atua como terapeuta ocupacional	1	14,2
<b>Pós-graduação além da residência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Possui	6	85,8
Não possui	1	14,2

Fonte: Elaboração própria, 2025.

O ponto de partida para a análise do conteúdo das entrevistas foi a identificação dos núcleos de sentido (Bardin, 2016), a partir dos temas centrais previamente definidos segundo os objetivos da pesquisa e o roteiro da entrevista. Na sequência, esses núcleos foram agrupados em cinco categorias temáticas: 1- O caminho até a residência e as percepções da formação em terapia ocupacional; 2- Atuação no campo e na cidade: diferenças mais evidentes; 3- Populações e demandas encontradas no território; 4- Intervenções, recursos e aspectos limitantes e potencializadores no processo de cuidado à população do campo e; 5- Bases teóricas para a atuação com a população do campo. As participantes da pesquisa foram identificadas pela sigla “TO”, seguida pelo número referente à ordem cronológica de realização das entrevistas.

### **O caminho até a residência e as percepções da formação em terapia ocupacional**

O foco dessa categoria foi identificar as motivações que levaram as entrevistadas a ingressarem na RMSFC e se elas consideravam que sua formação durante a graduação forneceu subsídios suficientes para a atuação com a população do campo.

Suas principais motivações para ingressar no programa foram o interesse em cursar uma especialização; uma ligação anterior com o meio rural, comunidades quilombolas e lutas sociais; e um conhecimento prévio das práticas desenvolvidas na residência.

*Eu queria fazer alguma coisa, eu não sabia o quê [...] eu só queria sair da graduação com alguma coisa (TO1).*

*Eu tenho uma trajetória na comunidade rural [...] quando me formei, não tive nada, especificamente, sobre população do campo, ribeirinha, indígena, negra, quilombola, talvez só uma pincelada e eu sempre senti falta disso na formação [...] aí fiquei estudando a residência, acompanhando por uns 4, 5 anos. Aí fui tentar (TO4).*

Este achado assemelha-se ao de um estudo que analisou e caracterizou os fatores que influenciaram a escolha da área de atuação por terapeutas ocupacionais recém-graduados,

apontando aspectos culturais, políticos e pessoais na composição das motivações dessa escolha (Moreno, 2019).

Um ensaio teórico de Pessoa et al. (2018) apresentou que ser proveniente do campo é um dos fatores associados à inserção de profissionais nesse território e que, para estimular o interesse dos discentes da educação superior pela atuação com a população do campo, é necessária a revisão dos currículos de graduação e pós-graduação. Ademais, a crescente especialização das profissões de saúde acarretou a centralização dos serviços e a fixação de seus profissionais na zona urbana, e programas de provimento temporário de equipes de saúde, como ocorre com os programas de residência, podem desencorajar mudanças estruturais dos sistemas de saúde locais.

Esse tema esteve presente nas respostas, que sinalizaram o quanto o local onde a instituição de ensino está inserida interfere no processo de formação. Todas as respondentes cursaram a graduação em campi situados em capitais brasileiras. Algumas delas fizeram a reflexão de que, devido a esse fato, as discussões e experiências no período universitário estavam voltadas para o meio urbano.

*Acaba que o nosso campo de atuação, ele também vai se moldando a partir dos serviços que a instituição consegue parcerias, né? (TO4).*

*Eu sei que há um limitador, óbvio, pelo local que a universidade está (TO5).*

A interiorização das instituições de ensino superior e a inclusão de conteúdos que abarquem as questões que perpassam o campo e suas comunidades nos currículos de graduação seriam meios de aproximar os discentes do campo e vice-versa. Dessa forma, esse contexto passaria a absorver mais profissionais com competências para lidar com as especificidades desse recorte populacional e facilitar seu acesso à saúde (Pessoa et al., 2018).

Um ponto que merece destaque é o papel discente nos processos de aprendizagem sobre a população do campo durante a graduação. Algumas terapeutas ocupacionais, como discentes com origem no campo, recordaram que a visibilidade que esse recorte populacional recebia nas aulas ocorria quando elas traziam experiências próprias para a discussão.

*No período em que eu estive na graduação, era um tema que eu não via falando tanto, né? Eu, por ser do campo, por ser do interior, sempre estava ali tentando [...] dependeu muito mais da minha busca pessoal do que necessariamente de algo que estava ali previsto, sabe? (TO5).*

*Acredito que tenha sido da minha vivência mesmo, pessoal, de morar no sítio, que me fez entender aquela população (TO3).*

Quanto aos aspectos relevantes em sua formação graduada para a atuação na residência, os principais pontos elencados foram as discussões sobre o SUS; história e fundamentos da terapia ocupacional, que auxiliaram a atribuir identidade à profissão e explicar ao público assistido a atuação da categoria em diversos contextos; conhecimentos sobre grupos e sua potência no processo de cuidado; e a importância do trabalho multiprofissional.

*Entender a dinâmica de um grupo foi muito relevante para mim (TO1).*

*Mais especificamente sobre o campo não, mas das populações da periferia, do estudo do SUS, das comunidades né, então sim, a minha base lá da UFTM, ela foi muito para o SUS e para a complexidade do SUS (TO2).*

Duas participantes apontaram ter passado por uma formação generalista e que isso, apesar de ter pontos positivos, não foi o suficiente para dar suporte a uma prática específica como a desenvolvida na APS com a população do campo.

*A minha formação foi muito boa, excelentes professores, mas eu acho que ainda faltava (TO3).*

*Eu tive uma formação generalista [...] passei por todos os campos de conhecimento, no sentido dos ciclos de vida, de algumas especificidades, né? Mas assim, consegui ter uma formação genérica bastante interessante (TO7).*

Os debates acerca da diversidade sociocultural dos povos do campo, das questões agrárias do Brasil e das ações que podem ser desenvolvidas com pessoas com doenças crônicas na APS foram os pontos elencados pelas participantes como aqueles de que mais sentiram falta durante sua formação como terapeuta ocupacional.

### **Atuação no campo e na cidade: diferenças mais evidentes**

Ao desenvolverem suas ideias sobre as principais diferenças entre as práticas desenvolvidas na zona rural e na zona urbana, o cenário dessa atuação foi um tópico apontado, tanto no que se refere aos benefícios do contato com a natureza, quanto pela percepção de haver maior liberdade de exercer a terapia ocupacional em uma lógica diversa da do produtivismo assistencial, inscrita em uma produtividade que considera mais os processos de qualificação da vida do que as quantidades de atendimentos e procedimentos realizados.

*A Natureza. Pra mim era uma coisa espetacular, sair andando pelos matos... era cada paisagem linda, eram árvores, eram plantas... eu fico até emocionada porque eu gostava muito e isso trazia uma tranquilidade. É como se as construções sufocassem um pouco a poesia que tinha em tudo, e no campo não [...] Eu voltava pra casa com o corpo cansando, mas a mente tão leve, meu trabalho era muito leve, apesar da gente se deparar com realidades bem difíceis, de falta de acesso a tudo (TO6).*

*Eu tinha asas, era isso, eu tinha asas. Então eu podia fazer a terapia ocupacional acontecer de uma maneira não engessada [...] eu vejo que o meu trabalho, ele me trazia muita alegria, o que não é diferente na clínica. Existem os seus pontos positivos, existem as evoluções, mas também existem as cobranças e eu não posso ser, é, 100% (TO1).*

A apreensão da dimensão territorial na atuação profissional com o campesinato diz respeito não apenas a um espaço geograficamente demarcado e pressupõe formas de se relacionar e trabalhar que possibilitem uma articulação mais horizontalizada com a população e uma prática mais participativa (Silva et al., 2023).

Rodrigues et al. (2020) colocam que, na sociedade contemporânea, a dimensão sociopolítica, considerando o binômio capital-trabalho, é indissociável e determinante no modo de organização e nas relações de trabalho, no tempo de jornada laboral, no ambiente e na saúde dos trabalhadores.

O que se observa, portanto, é que o processo terapêutico-ocupacional na Atenção Primária à Saúde no campo, a partir da lógica do cuidado singular, comunitário, territorial, com respeito aos tempos dos processos e dos modos de vida, pode repercutir positivamente na atuação profissional e na qualidade de vida do trabalhador da saúde.

As questões culturais e históricas do povo e do território também foram apontadas, no sentido de que, no contexto do campo, esses aspectos tendem a se sobressair em relação ao meio urbano. Além disso, uma terapeuta ocupacional pontuou diferenças nas percepções de adoecimento da população atendida.

*Trabalhar numa comunidade, seja ela rural, como foi a minha experiência, são várias variáveis. É o clima, é o acesso, é não passar estrada, é a falta de muitos recursos [...] em contrapartida, tem toda a potência daquela população que está ali, da história daquele povo (TO3).*

*É o modo de vida, a cultura, o modo de adoecer, a determinação social da saúde [...] Eu diria que as necessidades, tudo isso é diferente dentro dos diferentes povos. O modo de fazer saúde também traz diferenças. A compreensão de saúde às vezes é diferente. E não é uma diferença homogênea, né? Pelo contrário, eu acho que ela é muito diversa e por isso que ela é complexa, porque não existe um campo brasileiro, existem os campos brasileiros, são muito diversos (TO5).*

Para Costa & Carvalho (2012), a população do campo se constitui como uma entidade social cujo movimento histórico é caracterizado pelo seu modo de ser e viver, e o que a diferencia das culturas urbanas e suas formas de expressão é a importância atribuída a tudo e todos que se encontram naquele espaço.

Considerar suas diversas experiências de vida, de trabalho e do processo saúde/doença contribui para uma visão ampliada de saúde, não limitada à ausência de doenças. A partir do constante diálogo entre as comunidades do campo, os movimentos sociais e os serviços de saúde, bem como do trabalho interprofissional e da valorização da integralidade do cuidado desse recorte populacional, as ações de promoção e prevenção em saúde são fortalecidas (Lima et al., 2019).

As barreiras de acesso aos serviços de saúde devido à negligência do poder público e ao distanciamento geográfico foram o elemento destacado entre as participantes da pesquisa como o mais diferente entre o campo e a cidade. Elas afirmaram que tanto a população quanto os profissionais tinham dificuldade em conseguir transporte para acessar os serviços da rede de saúde e, também, para que o serviço chegasse até as comunidades.

*Deu pra perceber, de fato, uma diferença, as distâncias dos serviços. Os serviços são muito mesmo no centro da cidade.*

*Sempre tem essa dificuldade do transporte [...] essas questões que, às vezes, se for pensar numa rede, numa capital, é bem diferente (TO4).*

*Às vezes o serviço até existia na cidade e ele não chegava lá dentro [...] no meio urbano, por mais que também seja difícil, a gente minimamente ainda consegue as coisas (TO6).*

*Existe uma negligência histórica, né? A materialidade para o acesso ao campo, para o desenvolvimento das atividades, o fato de os territórios serem extensos e não terem aglomerações como nos meios urbanos dificulta e faz com que a gente tenha que em muitos momentos criar estratégias distintas para garantir alguns acessos (TO7).*

Um estudo de caso de Dantas et al. (2019), que analisou o cuidado à saúde de famílias assentadas do interior de Pernambuco, destacou as dificuldades de transporte e locomoção como um dos maiores dificultadores da efetividade das ações de saúde. Estradas irregulares, insegurança, baixa iluminação e escassez de transporte público para famílias que precisam se deslocar até as USF são algumas das questões elencadas no estudo.

Pessoa et al. (2018) expõem que esse fenômeno coloca em cena a atenção domiciliar. Caso a equipe de saúde não percorra as longas distâncias, de forma a reduzir ou transpor as barreiras de acesso dos usuários às USF, elas serão percorridas no sentido contrário pelas comunidades quando precisarem de assistência, em tempos prolongados e com os meios de transporte que tiverem à disposição.

### **Populações e demandas encontradas no território**

Em relação às populações assistidas durante a residência, foi consenso que, por se tratar da APS, pessoas de todas as faixas etárias, gêneros e raças/etnias eram beneficiárias dos serviços prestados. Ainda assim, sobressai-se o acesso à saúde de mulheres adultas, crianças e idosos.

*Saúde da família é essa amplidão, né? É a gente olhar a todos, olhar a comunidade, então é uma terapia ocupacional muito mais comunitária [...] tem todas as questões do cotidiano, desse viveiro ocupacional [...] quando eu não estava com as questões do campo (território), atendia muito da infância, adolescência e a população idosa (TO2).*

*Eu acho que os grupos principais foram as mulheres e as crianças. Homem era muito difícil [...] passavam o dia trabalhando (TO6).*

Quanto às demandas, uma respondente relatou que, devido ao desconhecimento da população sobre a atuação da terapia ocupacional, em especial na APS, uma das formas de identificar as pessoas com demandas de atendimento pela profissão era a busca ativa, que incluía ações de divulgação das possibilidades de atuação profissional com a população e as equipes dos serviços. Além disso, ela enfatizou que muitas ações eram compartilhadas pelos profissionais da equipe de trabalho, dado o caráter multiprofissional do programa.

*As pessoas não sabiam o que é ter uma terapeuta ocupacional na Unidade de Saúde da Família. Era algo que era desconhecido, então a demanda muitas vezes não chegava de forma direta [...] eu saía fazendo parzinho com minha equipe e ia me inserindo nas demandas de núcleo e nas demandas que não são só de núcleo. A gente não pode, na saúde da família no campo, esperar que alguém diga: “Ah, isso daqui é pra TO”, a gente tem que chegar e dizer: “Eu posso ajudar nisso aqui” (TO5).*

*Eu fiz um textozinho breve ‘Situações que a terapia ocupacional pode ajudar’, e deixei com a recepcionista do posto porque ela conhecia muitas pessoas da comunidade e as pessoas iam muito pedir ajuda para ela. Ela trazia demanda para equipe e nunca tinha para mim, aí eu coloquei para ela (TO6).*

Entre as demandas mais identificadas pelas entrevistadas estão as complicações advindas de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Ademais, evidenciaram-se situações de desamparo no acompanhamento desses casos pelas Unidades Básicas de Saúde.

*Várias demandas, muitas pessoas com deficiências, com condições crônicas de saúde em geral [...] entre hipertensão e diabetes, os dois batiam pau a pau (TO1).*

*Tinha AVC, tinha Parkinson, muitos problemas cardíacos que eu descobri através de aferição de pressão, uma coisa simples que infelizmente não tinha acesso (TO2).*

Questões próprias do contexto também ganharam evidência entre as demandas encontradas. O adoecimento oriundo das atividades desenvolvidas no cotidiano, principalmente o trabalho físico intenso, foi apontado como determinante nesse processo. A união entre parentes, que aumenta a probabilidade do aparecimento de doenças genéticas, também foi mencionada por uma terapeuta ocupacional.

*Muitas pessoas têm o seu viver atingido ali no cotidiano, no desempenho dos papéis ocupacionais, que vão ser diferentes no campo. Então a gente vê muito as ocupações [...] têm comunidades quilombolas, que é isso, casa com primo. Muito casamento consanguíneo, sabe? [...] tem casos de ataxia cerebelar, doenças neurodegenerativas, muitas questões graves de saúde ligadas à consanguinidade, por serem territórios que se fecham entre si (TO2).*

*De demanda, por exemplo, tinha que lidar com o público adulto, do trabalho na roça, do desgaste físico (TO3).*

*Então eu lidava com agricultores, trabalhando, né? Enfim, Caruaru tem a questão da costura, que é muito forte, que atravessa muito o processo de saúde/doença (TO5).*

Entre os principais riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores rurais estão sujeitos (exposição constante a agrotóxicos e aos raios solares por longas horas; atividades que exigem movimentos repetitivos, monótonos e postura inadequada; ritmo acelerado de produção; e acidentes com materiais de trabalho), as demandas de mais fácil autoidentificação desse público são os problemas de coluna oriundos do esforço físico exercido nas atividades agrícolas (Santos & Menta, 2016).

Com o público infantil, ficou evidente a necessidade de estimulação precoce, vigilância do desenvolvimento, estímulo do brincar, promoção de processos de inclusão social e orientações diversas. As respondentes alegaram que muitos responsáveis eram alheios às implicações de algumas condições de saúde de seus filhos. Se antes a busca ativa era a forma mais convencional de a comunidade acessar os serviços prestados pelas terapeutas ocupacionais, no período da pandemia a procura dessas profissionais pelos responsáveis se tornou corriqueira.

*Criança, acho que o que eu mais acompanhava era prematuridade, paralisia cerebral e autismo [...] dificuldade de aprendizagem, Síndrome de Down [...] Casos de Fenda Palatina, [as mães] saíam [do hospital] sem instrução nenhuma (TO3).*

*Tinha principalmente as demandas com criança, grupos pensando prevenção, pensando brincar na comunidade, desenvolvimento infantil, assim, né? (TO4).*

*Naquela época já estava começando um pouco desse processo da infância se tornar mais forte e mais relacionado com a terapia ocupacional, então era uma demanda que chegava muito, mas bem diferente de hoje [...] A gente conseguia lidar de uma forma mais democrática, digamos assim, e não só jogar para a terapia ocupacional (TO5).*

O adoecimento mental também foi listado pelas profissionais como algo que atinge significativamente a população do campo.

*A principal demanda era saúde mental, era muito grave, em relação às mulheres, questão de ansiedade, depressão (TO6).*

*Eu, pessoalmente, atendi também pessoas com transtorno mental, né? Que estavam ali em cuidado territorial (TO7).*

Para algumas terapeutas ocupacionais, o alcoolismo também ganhou notoriedade entre as demandas identificadas a serem trabalhadas, principalmente, entre os homens das comunidades.

*A problemática maior era a fome e o alcoolismo. As pessoas passavam fome, era uma situação de extrema pobreza nos quilombos, então elas se voltavam ao alcoolismo como uma válvula de escape (TO1).*

*Acompanhei alguns homens que tinham a questão do uso prejudicial de álcool (TO4).*

*Eram demandas relacionadas à questão de autonomia, né? Redução de danos em relação a abuso de álcool e outras drogas (TO7).*

Segundo Sombra Neto et al. (2022), além dos transtornos relacionados ao uso de álcool, os denominados transtornos mentais comuns, caracterizados por sintomas depressivos, estados de ansiedade, dificuldade de concentração e queixas somáticas, são os mais prevalentes entre os camponeses. Entre os fatores que contribuem para isso, encontram-se o isolamento ambiental e social, a violação de direitos civis, políticos e culturais, a escassez de oportunidades de educação e geração de renda, a sobrecarga de trabalho e a perda da vitalidade física.

Em um estudo de Santos & Menta (2016) sobre a interface entre trabalho rural e adoecimento mental, as autoras pontuam que, aliada à busca de se sentir pertencente a um grupo, a prática cultural do uso abusivo de álcool nesse recorte populacional acontece como aliviador de tensões e defesa contra os perigos enfrentados e situações que provocam sofrimento. Como afirma Bardi (2022), essa questão resulta de múltiplos fatores de ordem estrutural da lógica capitalista que marginaliza parte significativa da sociedade, precarizando os seus modos de vida e o acesso a direitos básicos. Além disso, o uso abusivo pode fragilizar os vínculos do indivíduo com a sua rede de apoio, por vezes já restrita, e justificar práticas de cuidado manicomial que reforcem o processo de segregação, culpabilização e exclusão dos sujeitos. Discutir essas temáticas no meio acadêmico é fundamental para compreender os aspectos que acarretam a incidência de transtornos mentais nessas pessoas, quais alternativas elas adotam para diminuir suas implicações e quais ações podem ser desenvolvidas para lidar com esse fenômeno.

Outro tema presente nas falas das terapeutas ocupacionais foi a violência contra as mulheres camponesas, afirmada como algo naturalizado pela comunidade e negligenciado pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde.

*Tinha muito caso de violência doméstica e era uma coisa naturalizada. Para o pessoal da unidade era ok, para a enfermeira era ok, para os ACS era ok aquilo existir, porque muitas das vezes mulher “pedia para apanhar” porque não fazia o almoço, não fazia janta, e aí merecia apanhar mesmo (TO1).*

*Muitas questões de violência contra mulher, e contra todas as mulheres, inclusive as pequeninhas, violência física [...] (TO2).*

Procedentes do patriarcado, as violências contra as mulheres do campo são expressões da dominação masculina. Os homens desse contexto têm a identidade socialmente aceita de trabalhadores rurais, enquanto as mulheres, sobrecarregadas de tarefas não remuneradas como o cuidado da casa e dos familiares e o próprio trabalho agrícola, são excluídas das tomadas de decisão referentes à propriedade e às questões financeiras, o que contribui para que elas não se reconheçam como sujeitas políticas de direitos. Essa situação, somada ao silenciamento dos casos de violência e à falta de políticas públicas específicas que protejam as mulheres camponesas, dificulta ou inviabiliza o enfrentamento dessas violações, bem como a garantia de direitos dessas mulheres (Stochero & Pinto, 2023).

## **Intervenções, recursos e aspectos limitantes e potencializadores no processo de cuidado à saúde da população do campo**

O objetivo dessa categoria foi identificar as intervenções que as respondentes desenvolveram com a comunidade do campo, os recursos que utilizaram e os aspectos limitantes e potencializadores que encontraram nesse processo.

Quanto às intervenções, elas relataram a realização de atendimentos individuais e interprofissionais, atividades em salas de espera e atividades grupais, sendo estas últimas realizadas, principalmente, com o propósito de fornecer orientações diversas relacionadas às necessidades da população atendida.

*A gente fazia muito grupo [...] a minha intervenção maior era dentro dos grupos, era fazendo visita e busca ativa (TO1).*

*Muito grupos [...] as ações do posto era eu quem fazia as orientações [...] novembro azul, eu consegui fazer grupo de homens [...] grupo do brincar, só que do brincar para melhorar comunicação não violenta [...] Informação também, tipo consulta médica, com profissionais, eles não entendem nada, porque ninguém pára pra explicar (TO2).*

*A gente fazia sala de espera. Geralmente, na residência, a gente sempre está com alguém com a dupla, né? Fazendo um trabalho multi e muitas vezes até inter, na unidade de saúde ou no domicílio (TO3).*

Em seu estudo de caso, Dantas et al. (2019) indicam que trabalhadores situados nesse contexto de assistência realizam ações educativas de caráter preventivo, atendimentos domiciliares, articulação com a rede de atenção à saúde e ações intersetoriais e, por entenderem a potencialidade de atividades conjuntas, priorizam intervenções coletivas voltadas à promoção da saúde, organização e mobilização da comunidade e fortalecimento do saber popular.

Uma revisão de literatura sobre as práticas de terapeutas ocupacionais na APS apresentou que a realização de grupos, que extrapola as paredes das instituições de saúde, tem a capacidade de abranger um número maior de indivíduos, possibilitando a realização de ações preventivas de educação em saúde e o favorecimento das redes de participação sociocultural (Cabral & Bregalda, 2017).

Quanto aos recursos utilizados, pôde-se conferir a escassez deles, bem como a necessidade de recorrer à criatividade para concretizar as intervenções planejadas, fazendo com que as profissionais precisassem usar o que estivesse disponível no território ou arcar com os custos dos materiais.

*Na saúde da família, falta insumo básico, a gente não tinha água, a gente não tinha acesso a sinal de telefone, muitas vezes a gente não tinha internet (TO2).*

*Material, cartolina, essas coisas, a gente tirava da nossa bolsa. A gente fazia uma caixinha, sempre que precisava comprar alguma coisa, tirava dessa caixinha. A gente não tinha apoio [...] a Secretária não dava nada, a unidade não dava nada e a gente se virava como dava. Às vezes a*

*gente conseguia fazer, às vezes, algumas coisas que a gente planejava ficava só na mente mesmo, porque não ia para frente por falta de recurso (TO1).*

Mesmo sem os materiais mais recomendados, uma alternativa encontrada para suprir as necessidades das pessoas atendidas foram as adaptações com materiais de baixo custo.

*Todo mundo brincava dizendo que eu era a pessoa do macarrão de piscina, porque eu fazia tudo com o macarrão de piscina, e aí eu sempre tinha ali algo comigo para fazer uma adaptação de baixo custo, um engrossador de lápis, uma adaptação para uma colher, uma coisa ou outra [...] tinha minha maletinha de coisas que eu adaptava, montei alguns kits meio de estimulação precoce, com coisas, potinho com arroz, coisas pra gente realmente conseguir estimular, mas sem um custo alto. E aí, de fato, isso deveria ser dado e estruturado, né? (TO5).*

Algumas terapeutas ocupacionais refletiram sobre como o trabalho era facilitado quando os recursos necessários e adequados estavam à disposição. Outras apontaram que a ausência desses recursos não necessariamente justificava um trabalho ineficaz, mas que, além de ser lamentada, deveria ser questionada.

*Eu utilizava minha imaginação [...] quando a gente tem um arsenal de recurso, lógico que isso é bom, facilita o nosso fazer, facilita a nossa prática, mas não limita. A gente pedia, a gente cobrava [...], mas não tinha, era mais com o que tinha no ambiente. A gente tem que trabalhar com o que tem, sabendo que a gente sempre precisa estar questionando por que não tem (TO3).*

*Questão de recurso material, dentro do sistema público, dentro da saúde, eles têm limitações importantes, sabe? Mas eu acredito que a nossa formação técnica e a nossa capacidade crítica de análise da realidade é o que vai fazer com que a gente consiga utilizar os recursos que a gente tem, a favor do nosso processo de trabalho e do atendimento da nossa clientela. Pela condição da gente ser trabalhador que tá em movimento nos territórios, a gente não consegue levar instrumentos diversos. Então, assim, eu acho que a materialidade é necessária, mas não é só ela que vai ditar a qualidade do nosso processo de trabalho. A nossa capacidade técnica e a nossa análise crítica da realidade vão ser ferramentas fundamentais para o desenvolvimento de práticas (TO7).*

Conforme Lancman & Barros (2011), o processo terapêutico-ocupacional é diretamente influenciado pelo excesso de demandas e pela carência de recursos. A garantia de condições apropriadas de trabalho é uma das premissas básicas para que terapeutas ocupacionais e os demais membros da equipe de saúde consigam concretizar as intervenções planejadas. O desprovimento dos recursos necessários para esse processo pode inviabilizar a realização das intervenções, afetar a qualidade do serviço prestado aos usuários dos serviços e gerar insatisfação no trabalho (Mata et al., 2023).

Quanto aos aspectos limitantes para sua atuação, o principal ponto citado foi a distância dos demais equipamentos de saúde e as dificuldades das comunidades e dos próprios profissionais em acessá-los.

*Existia o carro da unidade, mas nem sempre o carro da unidade estava livre [...] era muito distante, era uma barreira para gente enquanto trabalhador, mas para a população mesmo. Se tinha uma grávida, ela tinha que ter uma família ou alguém na cidade para que quando ela estivesse perto de parir, ela ficasse lá, porque se ela ficasse no quilombo, não conseguiria chegar. E outra, o carro para levar do quilombo para a cidade era muito caro (TO1).*

*O que deveria ser garantido minimamente, que é um transporte para equipe chegar, não era [...] quem salvava a gente era os Agentes Comunitários de Saúde, que depois de salvar suas economias, compravam sua moto, porque eles também sofrem com a dificuldade de transporte e davam carona para gente [...] tinha casas que a gente ia que ninguém nunca tinha ido de tão longe (TO5).*

A precariedade dos espaços para o desenvolvimento das atividades também foi apontada como aspecto limitante. Por mais que o território rural ofereça uma pluralidade de locais, algumas intervenções demandavam um ambiente mais reservado.

*Às vezes eu não tinha sala, então eu tinha que esperar vagar alguma, que poderia ser a sala de procedimentos, por exemplo, aí vai pro chão mesmo com as crianças, levar um lençol pra levar pro chão (TO2).*

*O que a gente conseguia fazer era nos espaços da comunidade [...] essas atividades mais coletivas, que também é muito massa, mas pensando nesse cuidado mais direto, esse recurso às vezes faltava (TO4).*

*A gente estava naquele formato de estar muito mais no território do que na própria unidade de saúde, né. As unidades, era aquilo, tinha infraestruturas até ok, mas sempre havia uma necessidade de ambientes mais espaçosos pra atividades coletivas e tudo mais [...] a gente fazia muita visita domiciliar, o atendimento por baixo da árvore [...] é óbvio, existindo dificuldades nesse processo, mas é aquela compreensão dos níveis de complexidade, né? Entendendo que a saúde da família é justamente esse lugar, de baixa densidade tecnológica e de alta complexidade (TO5).*

A localização geográfica, a acessibilidade e a utilização dos serviços por parte da população caracterizam a APS como porta de entrada do SUS e, para que ela seja resolutiva, é necessária a ampliação do acesso às demandas de seus usuários através, por exemplo, da integração com os outros níveis de assistência dos sistemas de saúde municipal e estadual. Uma vez que esse processo não aconteça, os profissionais são instigados a reorganizar seu processo de trabalho e o próprio serviço, a fim de assegurar a qualidade do cuidado (Dantas et al., 2019).

Em relação aos aspectos potencializadores, as falas das participantes revelaram que a principal potência da atuação no campo era o próprio campo, destacando a contribuição dos modos de vida e das questões culturais no processo de cuidado. As trocas de conhecimentos, hábitos e histórias de vida foram marcantes em seus relatos.

*Uma grande potência era a questão da cultura [...] a gente pôde entender alguns hábitos, algumas práticas. Pra Equipe da Saúde da Família não era, era apenas pra deixar de lado. Eu acho que por eles não terem o conhecimento que cultura é saúde (TO3).*

*Potencializador é escutar as maneiras de cuidado que as comunidades já faziam e juntar esse saber e conseguir pensar nas ações de cuidado (TO4)*

*A questão potencializadora foi o fato de eu estar num lugar culturalmente diferente da minha origem [...] a potência das trocas, né? [...] das sensibilidades do contato, né? Da educação popular em saúde mesmo, que é de parar e ouvir e construir coletivamente respostas e ajudar a organização dessas respostas (TO7).*

A Educação Popular em Saúde, um dos alicerces desses programas de residência, é uma possibilidade pedagógica que se respalda na solidária vivência do ouvir, estar e aprender com o outro, priorizando o diálogo e a troca de saberes. Desse modo, a valorização dos conhecimentos e experiências do campesinato se mostra um elemento potencial na construção do cuidado em saúde, tendo em vista que ela favorece a participação ativa da população do campo nesse processo e contribui para mudanças significativas e condizentes com os princípios do SUS nesse cenário de assistência (Dantas & Falcão, 2014).

### **Bases teóricas para a atuação com a população do campo**

Ao abordar as bases teóricas para a prática, as respondentes alegaram dificuldade em encontrar materiais próprios da terapia ocupacional e a necessidade de buscar referências nos estudos de outras profissões e nas produções das turmas anteriores da residência para melhor desenvolvimento de suas atividades.

*Precisei ler muito sobre as doenças que acometiam a população negra [...] tive que ler muito da literatura farmacológica, porque tem medicamento que não pode ser dado à população negra (TO1).*

*Honestamente, eu não usei referenciais de TO especificamente [...] eu acho, infelizmente, nossos referenciais, pelo menos até o período da minha formação e tal, num lugar muito embranquecido (TO4).*

*Referências próprias da TO, é um grande vácuo. A gente queria ter, mas não existia [...] eu tinha a base da TO, eu precisava ter a base do que era o campo e fazer essa interface [...] alguns TCR's (Trabalho de Conclusão da Residência) que foram mais específicos da terapia ocupacional [...] a partir da prática da pessoa que você vai construindo a sua.*

*Então eu diria que um dos meus maiores referenciais foram os próprios TCR's da residência do campo (TO5).*

Publicações sobre as políticas de saúde, questões comunitárias, movimentos sociais e questões agrárias do país também foram elencadas como fundamentais no embasamento teórico da atuação dessas profissionais. Uma das participantes trouxe a importância de autores e autoras negros e negras como Ângela Davis e Nêgo Bispo na construção das práticas desenvolvidas com a população do campo.

*As bases próprias da saúde da família, essa questão comunitária, que a TO também tem esse referencial teórico [...] da luta, de movimentos sociais [...] todos os estudos em relação a Paulo Freire, Ângela Davis, todos os referenciais pretos né, Nego Bispo [...] a Pedagogia da Alternância, as bases do SUS, esses estudos que vão envolver os públicos (TO2).*

*Quando a gente fala de fortalecer uma comunidade de tudo, eu me lembro muito do livro Trabalho de Base [...] ele traz muito a importância da forma que a gente pode se organizar na busca dos nossos direitos (TO6).*

*Tem a Política Nacional de Saúde da População do Campo, Floresta, que depois foi adicionada também à população das águas, né? Aquela é a referência principal, é o que guia a própria residência [...] eu fui solidificando muito a minha base na compreensão da questão agrária, tendo muito como referencial também os próprios movimentos, o movimento quilombola, o MST [...] a base da educação popular em saúde (TO5).*

No que diz respeito à fundamentação teórica para as variadas questões que são da alçada do terapeuta ocupacional na saúde da população do campo, Silva et al. (2023) apresentam que ela ainda é escassa e insuficiente e que, pensando o contexto brasileiro, é necessário o desenvolvimento de uma compreensão cultural, social e coletiva da atuação profissional com o campesinato.

Um estudo que objetivou apresentar um panorama dos cursos de graduação em terapia ocupacional das instituições federais do Brasil evidenciou que a maioria deles, no nível do “discurso”, está de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação na área, no que diz respeito à proposição de uma formação crítica, humanista, reflexiva e generalista. Apesar disso, na prática, nota-se elevada abordagem de conteúdos das ciências biológicas e da saúde e uma distribuição desproporcional de conteúdos das ciências sociais e humanas (Pan & Lopes, 2016).

A atuação no contexto do campo apresenta potencialidades para o cuidado que extrapolam o modelo biomédico e, para melhoria das competências profissionais de trabalhadores que atuam ou venham a atuar com a saúde da população do campo, é importante uma reformulação dos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde. Faz-se necessária a abordagem equilibrada entre saberes biomédicos e preceitos teóricos, filosóficos e políticos acerca desse recorte populacional para materializar uma prática pedagógica emancipatória (Dantas & Falcão, 2014; Pessoa et al., 2018).

## **Conclusão**

Esta pesquisa investigou as intervenções desenvolvidas por terapeutas ocupacionais a partir da RMSFC com ênfase em saúde da população do campo, as especificidades e o embasamento teórico dessa atuação. O estudo contribuiu para a sistematização do conhecimento da atuação da terapia ocupacional em territórios, contextos e com sujeitos desse recorte populacional. Considerando seu caráter exploratório, o estudo apresenta limitações relacionadas à revisão de literatura e à comparação de resultados, devido à escassez de materiais que tratem da prática dessa categoria com os povos do campo do Brasil. Desse modo, recomenda-se que pesquisas futuras sejam feitas a fim de aprofundar os conhecimentos sobre a temática e compreender melhor as intervenções desenvolvidas por essa categoria na Atenção Primária à Saúde e em outras áreas de atuação da terapia ocupacional com esse recorte populacional.

Seus resultados evidenciaram que ser proveniente do campo ou ter uma ligação com esse território é um fator que influencia a escolha do programa e a atuação nesse contexto, e que a saúde desse recorte populacional não foi uma temática priorizada durante a graduação. Entre as diferenças mais notáveis encontradas entre a atuação no campo e a atuação na cidade estão a distância dos demais serviços de saúde e a dificuldade em acessá-los. Crianças, mulheres adultas e idosos foram os mais beneficiados pelos cuidados da profissão e, entre as demandas mais recorrentes trazidas por esses povos estão questões próprias do contexto, como complicações advindas dos esforços físicos empregados no trabalho agrícola, adoecimento mental, uso abusivo de álcool e violência contra a mulher.

Fazem-se notar as atividades grupais, os atendimentos domiciliares e as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças como as principais intervenções desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais com o campesinato. Ademais, a capacidade de realizar avaliações e proposições contextualizadas e de se adaptar a diferentes situações, decorrentes de uma formação generalista, foram identificadas como as principais aliadas na atuação terapêutica ocupacional. Aspectos relacionados à precarização das condições de trabalho, incluindo a escassez de recursos financeiros e materiais para a concretização das intervenções planejadas foram elencados como influentes na redução da qualidade do serviço prestado. Identificaram-se, também, dificuldades em embasar teoricamente sua atuação em decorrência de lacunas em sua formação graduada para atuar com a população do campo e da insuficiência de referenciais próprios da terapia ocupacional para fundamentar essas práticas.

A atuação na APS no campo requer o reconhecimento do dinamismo do território e de suas vulnerabilidades socioambientais. Para instigar o interesse de profissionais da saúde pelo campesinato, é necessário que as instituições de ensino superior se mobilizem na direção de interiorizar seus campi e incluir a saúde da população do campo nos Projetos Pedagógicos de seus cursos, considerando a curricularização desse tema, também, como uma possibilidade de adensar e enriquecer a formação em terapia ocupacional. Cabe, ainda, ao poder público, investir em um ambiente de trabalho atrativo e seguro a fim de reter os profissionais que vierem a trabalhar nesse contexto.

A fim de transpor as barreiras que dificultam o acesso à saúde por essa população, o repasse de recursos financeiros para essas regiões deve considerar o isolamento geográfico e profissional, possibilitando o custeio, aquisição e manutenção de veículos que transportem a equipe de saúde até seus beneficiários. Ademais, também devem ser elaboradas estratégias que diminuam a necessidade de encaminhamentos desses povos aos centros urbanos para o cuidado especializado, na direção de uma APS fortalecida e resolutiva.

Para facilitar a organização do processo de trabalho dos profissionais da saúde inseridos no campo e mitigar os agravos à qualidade de vida dessa população, é fundamental a conscientização e capacitação desses trabalhadores para lidarem com os problemas que mais os atingem através da integração dos saberes da equipe e dos usuários da Atenção Primária à Saúde. Vê-se também a necessidade do provimento dos recursos necessários e de espaços apropriados para a produção do cuidado.

A criação de projetos para a inserção de mais profissionais no campo, o apoio ao desenvolvimento de uma rede desses trabalhadores e o incentivo à pesquisa sobre essa área são estratégias que podem divulgar as ações realizadas com o campesinato, ampliar a construção da fundamentação teórica para a atuação nesse território e, assim, ampliar os serviços e qualificar as intervenções realizadas pelos profissionais inseridos nesse contexto.

Por fim, conclui-se que existem diversas possibilidades de práticas terapêutico-ocupacionais com o campesinato e que essas ações, quando coerentes com as realidades socioculturais dos sujeitos e grupos acompanhados, podem fortalecer os fazeres humanos, individual e coletivamente. Ademais, destaca-se a necessidade de construir uma formação graduada pautada na criticidade dos futuros terapeutas ocupacionais, no sentido da produção de práticas socialmente referenciadas, emancipatórias e transformadoras, articuladas com o território e com o cotidiano das pessoas atendidas e garantindo o respeito às suas especificidades, no campo e na cidade. Para estimular a integração das técnicas, procedimentos e saberes da terapia ocupacional aos contextos culturais do campo, é preciso que ocorra a articulação teórico-prática nesse território desde os primeiros anos de formação e o incentivo a novos estudos sobre a temática. Assim, a atuação de terapeutas ocupacionais com a população do campo se dará de forma mais resolutiva, integral e coletiva, conforme prevê a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas.

## Referências

- Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves, L. C. (2018). Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(6), 1-14.
- Bardi, G. (2022). A questão das drogas e a terapia ocupacional: uma reflexão a partir de premissas Marxistas. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 6(4), 1462-1473.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (pp. 125-131). Lisboa: Edições 70.
- Barros, D. D., Ghirardi, M. I. G., & Lopes, R. E. (2002). Terapia ocupacional social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 13(3), 95-103.
- BRASIL. (2005). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- BRASIL. (2008, 24 de janeiro). Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- BRASIL. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (2012, 12 de dezembro). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.

- BRASIL. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (2016, 7 de abril). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2017). Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- BRASIL. (2022). *Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 7 de maio de 2025, de <https://www.gov.br/cidades/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/saneamento/snis>
- BRASIL (2023, 22 de maio). Portaria GM nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Cabral, L. R. S., & Bregalda, M. M. (2017). A atuação da terapia ocupacional na atenção básica à saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(1), 179-189.
- Costa, F. A., & Carvalho, H. M. (2012). Campesinato. In R. S. Caldart, I. B. Pereira, P. Alentejano & G. Frigotto (Eds.), *Dicionário da educação do campo*. São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular.
- Dantas, A. C. M. T. V., & Falcão, I. V. (2014). Formação integral nas residências multiprofissionais em saúde: uma experiência junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Revista de Educação Popular*, 13(2), 10-24.
- Dantas, A. C. M. T. V., Martelli, P. J. L., Albuquerque, P. C., & Sá, R. M. P. F. (2019). Relatos e reflexões sobre a Atenção Primária à Saúde em assentamentos da Reforma Agrária. *Physis*, 29(2), 1-19.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. (2024). *Panorama do Censo 2022: população rural e urbana*. Recuperado em 7 de maio de 2025, de <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- Lancman, S., & Barros, J. O. (2011). Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(3), 263-269.
- Lima, A. R. A., Dias, N. S., Lopes, L. B., & Heck, R. M. (2019). Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? *Saúde em Debate*, 43(122), 755-764.
- Lima, D. F., Laurindo, A. M., & Silva, J. M. (2023). *Saúde, trabalho e subjetividade na Atenção Básica em Saúde* (pp. 101-107). Pernambuco: Editora UFPE.
- Mata, C. C., Bregalda, M. M., Freitas, R. O. S. N., & Veloso, V. C. F. (2023). Atuação de terapeutas ocupacionais na Rede de Atenção Psicossocial em um estado do nordeste brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, 1-21.
- Moreno, S. S. (2019). *Trajetórias de terapeutas ocupacionais: fatores sobre a escolha da área de atuação* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Oliveira, M. M. (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa* (pp. 65-75). Petrópolis: Vozes.
- Paiva, L. F. A., Souza, F. R., Savioli, K. C., & Vieira, J. L. (2013). A terapia ocupacional na residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 21(3), 595-600.
- Pan, L. C., & Lopes, R. E. (2016). Políticas de ensino superior e a graduação em terapia ocupacional nas Instituições Federais de Ensino Superior no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 24(3), 457-468.
- Pessoa, V. M., Almeida, M. M., & Carneiro, F. F. (2018). Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde em Debate*, 42(spe 1), 302-314.

- Rodrigues, D. S., Nogueira, L. F. Z., & Souza, M. B. C. A. (2020). Terapia ocupacional no campo do trabalho: a saúde e a sociedade contemporânea como questões necessárias na compreensão do trabalhador. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 4(4), 568-579.
- Santos, A. C., & Menta, S. A. (2016). Refletindo a interface entre trabalho rural e saúde mental dos trabalhadores da citricultura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 24(4), 765-775.
- Santos, A. F., Jesus, G. G., & Battisti, I. K. (2021). Entrevista semi-estruturada: considerações sobre esse instrumento na produção de dados em pesquisas com abordagem qualitativa. *Salão do Conhecimento*, 7(7), 1-5.
- Silva, M. F., Farias, M. N., & Lopes, R. E. (2023). Terapia ocupacional e meio rural: uma revisão de escopo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, 1-16.
- Sombra Neto, L. L., Forte, M. P. N., Pessoa, V. M. & Campos, E. M. (2022). Problemas de saúde mental na população rural brasileira: prevalência, fatores de risco e cuidados. *Revista de Medicina da UFC*, 62(1), 1-5.
- Stochero, L., & Pinto, L. W. (2023). Violência contra as mulheres que vivem em contextos rurais: uma revisão integrativa. *Saúde e Sociedade*, 32(3), 1-18.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação* (pp. 116-173). Barueri: Atlas.

---

### **Contribuição das Autoras**

Maria Eduarda Pachêco Silva: Concepção e redação do texto, organização das fontes, coleta e análise dos dados. Marília Meyer Bregalda e Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas: Orientação da pesquisa e revisão do texto: Orientação da pesquisa e revisão do texto. Todas as autoras aprovaram a versão final deste artigo.

### **Disponibilidade de Dados**

Os dados que sustentam os resultados deste estudo estão disponíveis com o autor correspondente mediante solicitação.

### **Autora para correspondência**

Maria Eduarda Pachêco Silva  
e-mail: maria.pacheco@academico.ufpb.br

### **Editora de seção**

Profª. Dra. Roseli Esquerdo Lopes