

## ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS (E-MULTI) NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL

### THE ROLE OF THE OCCUPATIONAL THERAPIST IN MULTIPROFESSIONAL TEAMS (EMULTI) FROM THE PERSPECTIVE OF HOME CARE IN THE MUNICIPALITY OF MACEIÓ, ALAGOAS

**Emanuella Pinheiro de Farias Bispo<sup>1</sup>**

**Sarah Generino Moraes de Lima<sup>2</sup>**

1. Terapeuta Ocupacional, Professora Doutora da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

2. Estudante do curso de Terapia Ocupacional e pesquisadora da Iniciação Científica Pesquisadora Colaboradora da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

**Autor para correspondência:**

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo  
Endereço: Rua Prefeito Abdon Arroxelas, nº 605, apto.304. Ponta Verde. CEP.: 57-035.380. Maceió-AL. E-mail: emanuellapinheirofbispo@gmail.com  
Não houve Fonte de Financiamento

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Entende-se por equipes eMulti, equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) com objetivo de fortalecer a integralidade do cuidado. Dentre os profissionais que compõem uma eMulti inclui-se o terapeuta ocupacional que é um profissional dotado de formação nas áreas da saúde e sociais. Na APS o terapeuta ocupacional pode atuar, também, na Atenção Domiciliar (AD). **OBJETIVOS:** Compreender a atuação do terapeuta ocupacional nas eMulti na perspectiva da AD. **MÉTODOS:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa. A amostra foi composta por terapeutas ocupacionais que atuam nas eMulti do município de Maceió, do estado de Alagoas. Amostragem é não probabilística por conveniência. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada, com questões norteadoras. Para a organização dos conteúdos expressos, os relatos foram compilados em um único documento. Inicialmente, foi realizada uma pré-análise por meio da leitura exaustiva e contato profundo com o material coletado. Foram extraídas as Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registro (UR) e Categorias Temáticas (CT). **Resultados:** A partir das UR emergiram 12 (doze) categorias temáticas. Os conteúdos expressos apontam para a necessidade de fortalecer o papel do terapeuta ocupacional nas eMulti, favorecendo a prática interprofissional colaborativa e potencializando o AD na APS. **CONCLUSÃO:** Percebe-se que a atuação do terapeuta ocupacional nas eMulti, na perspectiva da AD, é essencial para a equipe interprofissional e, quando existe uma prática compartilhada, todos podem aprender uns com os outros. **PALAVRAS-CHAVE:** Terapeuta ocupacional; Equipe multiprofissional; Atenção domiciliar.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** eMulti teams are understood as groups composed of health professionals from different fields of knowledge who work in a complementary and integrated manner with other teams in Primary Health Care (PHC), aiming to strengthen the comprehensiveness of care. Among the professionals who make up an eMulti team is the occupational therapist, a professional trained in both health

and social sciences. In PHC, the occupational therapist may also work in Home Care (HC). **OBJECTIVES:** To understand the role of the occupational therapist in eMulti teams from the perspective of Home Care. **METHODS:** This is a descriptive study with a qualitative approach. The sample consisted of occupational therapists working in eMulti teams in the city of Maceió, state of Alagoas, Brazil. Sampling was non-probabilistic and based on convenience. Data were collected through semi-structured interviews with guiding questions. For content organization, the reports were compiled into a single document. Initially, a pre-analysis was conducted through exhaustive reading and in-depth contact with the collected material. Context Units (CU), Recording Units (RU), and Thematic Categories (TC) were extracted. **RESULTS:** From the RU, 12 (twelve) thematic categories emerged. The expressed contents point to the need to strengthen the role of the occupational therapist within eMulti teams, promoting interprofessional collaborative practice and enhancing Home Care within PHC. **CONCLUSION:** It is observed that the role of the occupational therapist in eMulti teams, from the perspective of Home Care, is essential for interprofessional collaboration. When shared practice occurs, all professionals can learn from one another.

**KEYWORDS:** Occupational therapist; Multiprofessional team; Home care.

## INTRODUÇÃO

A Lei nº 8.080, de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), define o conjunto de ações e serviços de saúde, oferecidos por órgãos e instituições públicas, como constituintes do Sistema Único de Saúde (SUS). Estabelece ainda que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, responsável por garantir as condições para seu pleno exercício. Essas ações integram uma rede regionalizada e hierarquizada, que tem entre suas funções definir diretrizes nacionais, regionais e intermunicipais para a organização das redes.

A principal porta de entrada do SUS é a Atenção Primária em Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), termos equivalentes no Brasil. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB se dá por meio de práticas democráticas e participativas, realizadas em equipe e voltadas a territórios definidos. Cabe aos municípios e ao Distrito Federal cumprir seus princípios e organizar as ações em seus territórios (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por ações individuais, familiares e coletivas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizadas por equipes multiprofissionais em territórios definidos, com responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017). A AB tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o meio de reorganização da própria AB segundo os preceitos do SUS, com caráter substitutivo em relação à rede tradicional, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações voltadas aos problemas de saúde da

comunidade, com foco no cuidado contínuo de indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2006).

Para fortalecer a inserção da ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência, a resolutividade e as ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2010). O NASF é formado por profissionais de diferentes áreas que atuam junto às equipes de Saúde da Família (eSF), apoiando e compartilhando práticas nos territórios. Sua composição é definida pelos gestores municipais e pelas eSF, segundo prioridades locais e disponibilidade de profissionais, não sendo porta de entrada do sistema, mas apoio às eSF.

Vinculadas à eSF, estão as equipes Multiprofissionais na APS (eMulti), conforme a Portaria GM/MS nº 365, de 22 de maio de 2023, são formadas por profissionais de diferentes áreas que atuam de modo complementar e integrado às demais equipes da Atenção Primária. Sua atuação é corresponsável pela população e território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços (BRASIL, 2023).

O papel da eMulti é desenvolver a integralidade do cuidado por meio de atendimentos individuais, em grupo, domiciliares, atividades coletivas, apoio matricial, discussões de casos, atendimentos compartilhados, ações em saúde à distância, construção de projetos terapêuticos e intervenções no território. As eMulti podem ser compostas por profissionais de nível superior fixos e variáveis, dentre esses profissionais inclui-se o terapeuta ocupacional (BRASIL, 2023).

O terapeuta ocupacional possui formação em saúde e ciências sociais, intervindo por meio da avaliação do cliente para identificar alterações em funções práticas, considerando idade, desenvolvimento e contexto pessoal, familiar e social. Compreende a atividade humana como processo criativo, dinâmico, lúdico e voltado à automanutenção, entendendo o homem como ser prático e buscando promover melhor qualidade de vida (COFFITO, 2017). Atua nos pontos de atenção à saúde em diversas áreas, como saúde da família, campo social, saúde do adulto, idoso, trabalhador e saúde mental, com espaços de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) (BRASIL, 2022).

Na APS, o terapeuta ocupacional pode atuar na Atenção Domiciliar (AD), modalidade integrada à RAS que envolve ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados no domicílio, garantindo continuidade do cuidado (BRASIL, 2016). O terapeuta ocupacional pode fazer parte da equipe multiprofissional na AD de forma integrada e de acordo com as necessidades de cada pessoa (COFFITO, 2016). A AD fortalece o vínculo com familiares, residência e serviços da AB, evitando hospitalizações, ocupação de leitos e reduzindo a demanda nos serviços de urgência e emergência.

A execução dessa pesquisa se justificou pelo objetivo de conhecer os terapeutas ocupacionais que atuam nas eMulti e compreender como está a atuação desse profissional nas equipes eMulti na perspectiva da AD no município de Maceió. Esta análise buscou compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais dessas equipes eMulti quanto a sua atuação na AD. Ao compreender essa perspectiva é possível identificar a importância da intervenção terapêutica ocupacional do paciente domiciliado e promover discussões sobre o acesso à AD e/ou a difusão da intervenção

da terapia ocupacional e como ele instrumentaliza essa AD e identificar facilitadores e dificuldades da AD.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente trabalho é uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, o que permitiu uma aproximação adequada ao objeto de estudo e amostragem não probabilística por conveniência. Foram incluídos na pesquisa os terapeutas ocupacionais que atuam nas eMulti do município de Maceió do Estado de Alagoas, sem distinção de idade e tempo de formação. Foram excluídos os terapeutas ocupacionais que se encontraram afastados por férias, doenças, licença, ou por qualquer outro motivo que impediu a participação durante a coleta de dados da pesquisa.

Após contato com o órgão responsável pelas equipes participantes do estudo, foram identificados 5 sujeitos para o presente estudo, visto que apenas estes são os terapeutas ocupacionais que atuam nas eMulti do município de Maceió, obedecendo assim os critérios de inclusão e exclusão.

Este estudo não apresenta método estatístico uma vez que em pesquisa qualitativa não se faz uso de técnicas e instrumentais estatísticos assim como não apresenta variáveis, sendo realizado então com aqueles sujeitos que se encaixam nos critérios de inclusão e exclusão e aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para realização da entrevista, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorização do uso da voz, foi utilizado um questionário para caracterização da amostra e foi aplicada uma entrevista semiestruturada, com questões norteadoras, onde o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. No momento da entrevista com os participantes, foi utilizado um gravador, para que as respostas fossem registradas com maior precisão, além de auxiliar na transcrição das respostas. A coleta foi realizada no período de setembro de 2024 a janeiro de 2025.

Para a organização dos conteúdos expressos, os relatos foram compilados em um único documento. Inicialmente, foi realizada uma pré-análise por meio da leitura exaustiva e contato profundo com o material coletado. Este foi lido e relido pelas pesquisadoras deste estudo. Essas leituras permitiram a impregnação dos sentidos e a compreensão das particularidades contidas nos relatos, como também incorporar os significados ampliados dos contextos apresentados. Após esse primeiro contato com os relatos e o pareamento com os objetivos do estudo foram extraídas as Unidades de Contexto (UC), que representam a parte mais importante e significativa dos conteúdos. De cada UC emergiu uma ou mais Unidades de Registro (UR) as quais, a partir de seus significados, foram organizadas e agrupadas em Categorias Temáticas (CT). Os dados foram organizados em um quadro sinóptico contendo as UC, UR e categorias, e por fim, interpretados e discutidos à luz do referencial teórico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados cinco sujeitos, todos atendendo aos critérios de inclusão desta pesquisa. Trata-se de terapeutas ocupacionais que atuam nas eMulti do município de Maceió, no estado de Alagoas, sem restrições quanto à idade ou tempo de formação.

Foram coletados dados para caracterização dos participantes, registros em áudio de suas respostas ao instrumento de pesquisa e as respectivas transcrições dos áudios.

O perfil de caracterização dos participantes está apresentado na tabela 1.

**Tabela 1-** Caracterização dos participantes.

	n	%	
<b>Carga horária semanal</b>	20h	0	0%
	30h	5	100%
	40h	0	0%
	Outro	0	0%
<b>Faixa etária</b>	Entre 20 e 24	0	0%
	Entre 25 e 29	0	0%
	Entre 30 e 34	0	0%
	Entre 35 a 39	1	20%
	Entre 40 e 44	2	40%
	Entre 45 e 49	2	40%
	Entre 50 e 54	0	0%
	Entre 55 e 59	0	0%
<b>Sexo/ Gênero</b>	Acima 2	0	0%
	Masculino	0	0%
	Feminino	5	100%

<b>Maior titulação</b>	Graduação	1	20%
	Especialista	2	40%
	Mestrado	2	40%
	Outro	0	0%
<b>Tempo de prática na profissão</b>	Até 15 anos	1	20%
	Entre 16 a 20 anos	2	40%
	Acima de 20 Anos	2	40%
	Até 5 anos	2	40%
<b>Tempo de prática na equipe atual</b>	Entre 6 e 10 anos	2	40%
	Acima de 10 Anos	1	20%

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2024. Legenda: n = número; % = percentual.

Com relação à caracterização dos participantes, observou-se que a carga horária semanal é predominantemente 30h n=5 (100%), a faixa etária predominante é entre 40 e 44 anos n= 2 (40%) e 45 a 49 anos n=2 (40%), o gênero é majoritariamente feminino n= 5 (100%). A maior titulação predominante é especialista n=2 (40%) e mestrado n= 2 (40%), o tempo de prática na profissão é predominantemente entre 16 e 20 anos n= 2 (40%) e acima de 20 anos n= 2 (40%), o tempo de prática na equipe atual predominante é de até 5 anos n=2 (40%) e entre 6 e 10 anos n=2 (40%), conforme Tabela 1.

A partir da caracterização dos participantes, foi possível observar que 100% são do sexo feminino, o que remete à construção histórica da terapia ocupacional como uma profissão associada ao universo feminino. Estereótipos de gênero, como a habilidade para o cuidado, a destreza em tarefas que envolvem movimentos finos e traços como paciência e bondade, foram, durante muito tempo, considerados atributos esperados das primeiras terapeutas ocupacionais. Tais associações contribuíram para consolidar a ideia da terapia ocupacional como uma “profissão do cuidar”, tradicionalmente vinculada ao feminino (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Apesar de transformações em curso, o predomínio de mulheres ainda é marcante, revelando um processo de mudança em andamento. Vogel (2002) destaca que a baixa atratividade da profissão entre os homens pode estar relacionada à limitada perspectiva financeira e ao baixo status social. Além disso, profissões manuais, como aquelas que envolvem o fazer terapêutico típico da terapia ocupacional, ainda são culturalmente percebidas como atividades femininas (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). Assim, os dados deste estudo refletem a persistência de um modelo de gênero ainda fortemente presente na constituição da identidade profissional da área.

Os dados foram analisados qualitativamente utilizando-se a técnica da análise de conteúdo na modalidade temática (Minayo, 2011). Para preservar a identificação

dos participantes, os trechos foram denominados por expressões alfanuméricas (P1, P2, P3 e assim por diante). A partir das UR emergiram 11 (onze) categorias: Atendimento da e-Multi; Atendimento interprofissional colaborativo; Precariedade dos recursos nos serviços públicos; Atendimento da terapia ocupacional na APS; Acolhimento, avaliação e orientação; Instrumentos de abordagem familiar; Articulação entre os pontos de atenção das RAS; Desafios do trabalho em equipe; Deslocamento, território e visita domiciliar; Atenção domiciliar e a integralidade do cuidado; Potencialidades do trabalho em equipe.

Na categoria “**Atendimento da eMulti**”, emergiram os seguintes conteúdos:

*“Qualquer profissional, eu falei que é uma situação que necessitaria de ambos profissionais eles avaliam como posso dizer, como um risco maior por exemplo, em contato com o profissional referência da eMulti e marca a visita domiciliar, normalmente ela corre com um profissional da estratégia e pelo menos dois profissionais da eMulti e o que que a gente tenta manter sempre: ter o agente... Então, é uma forma de você compartilhar o cuidado, né?” (P2)*

*“E aí a gente criou um drive com as avaliações e uma tabela para ver quais os dias que a gente foi para gente ter uma noção, não ficar perdido né, até para ver a questão do retorno eu acho que a gente ainda precisa melhorar isso sabe, e aprimorar isso para gente poder tá indo com a maior regularidade de 15 em 15 dias, uma vez na semana depende do caso né, se é uma vez na semana, se é 15 em 15 dias, depois uma vez por mês, mas para ter esse acompanhamento” (P1)*

*“Nosso trabalho na atenção básica, eu sou acima de tudo, eu sou profissional de saúde, sou técnica. E aí a gente trabalha com promoção e prevenção. E quando precisa realmente da minha especificidade, eu utilizo e faço e realizo as intervenções e as orientações. Mas acima de tudo, eu sou uma técnica, né? Vamos dizer assim, sanitarista, né, que trabalha na atenção básica.” (P1)*

O atendimento das Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (eMulti) orienta-se pelos princípios da integralidade, equidade e resolutividade, articulando-se à RAS para fortalecer a coordenação do cuidado. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2024), as eMulti atuam de forma complementar e integrada às equipes de Saúde da Família, contribuindo para um cuidado longitudinal, resolutivo e centrado nas pessoas. Suas ações devem responder às necessidades do território, priorizando situações de maior complexidade clínica e social, por meio de PTS compartilhados, ações coletivas e intervenções interdisciplinares, apoiando a organização do processo de trabalho das equipes de referência (BRASIL, 2024).

A escuta qualificada, o planejamento conjunto e as discussões de caso são elementos essenciais para a condução do cuidado, além da valorização dos saberes específicos de cada profissional e da comunicação efetiva entre os membros da equipe (BRASIL, 2024). Dessa forma, o trabalho das eMulti visa ampliar o acesso, qualificar os atendimentos e contribuir para um cuidado integral e contínuo na APS.

Os conteúdos acima evidenciam a atuação integrada entre as equipes multiprofissionais (eMulti) e a Estratégia Saúde da Família, especialmente nas visitas

domiciliares, organizadas conforme a complexidade dos casos (P2, P3, P5). A sinalização feita pelos agentes comunitários (P5) e o uso compartilhado de instrumentos de avaliação (P3, P4) reforçam a importância da articulação entre os profissionais. Contudo, há desafios como a cobertura de múltiplas unidades (P4), a falta de recursos materiais e logísticos (P5) e a dificuldade em manter uma periodicidade regular nos atendimentos (P1). As práticas relatadas demonstram o compromisso com a integralidade e a promoção da saúde, em sintonia com as diretrizes do Ministério da Saúde para a atuação das eMulti (BRASIL, 2024).

Na categoria “**Atendimento interprofissional e colaborativo**”, emergiram os seguintes conteúdos:

*“A gente vai dialogando de acordo com as necessidades daquele sujeito né, a gente vai visitar, vai fazer avaliação ver qual é a demanda, ver qual o contexto familiar, ver quais são as vulnerabilidade, as potencialidades, ver se tem rede de apoio para os serviços que ele aciona na rede né, é..., ver quais são as necessidades de saúde, se precisa acionar algum serviço, Então a gente faz esses levantamentos das demandas e aí a gente vai articulando para ver quais são os outros profissionais as vezes que precisam ir fazer visita e aí a gente vai dialogando e a gente tem essa reunião para ver o que é que vai, sempre a gente discute os casos. E aí quando começa discute o que foi feito que ficou acordado do caso daquele dia anterior e aí traz novos casos né, para discussão também, e assim a gente vai dialogando” (P1)*

*“Eu acho que a gente está engatinhando no acompanhamento interprofissional. Eu acho que as habilidades colaborativas vão precisar trabalhar muito mais.” (P2)*

*“Então a visita domiciliar interprofissional, é aquela onde a gente avalia realmente as prioridades do usuário e não as minhas. Não é a prioridade do profissional e sim a prioridades daquele usuário, o que que ele tem real de prioridade, o que que ele realmente precisa” (P2)*

*“É indispensável, às vezes o profissional chega com uma demanda específica, precisa, tem um paciente que está com depressão, aí precisa de um atendimento psicológico, aí a TO vai, sabe. Então, quando chega lá, não é só a depressão. Tem tantas outras coisas que o TO pode trabalhar de uma forma interprofissional e vice-versa. Por isso que nas visitas domiciliares nunca vai só um profissional. Mesmo que: só chamou o físico, mas nunca mais só o físico. Porque os outros profissionais têm os outros olhares e conseguem fazer uma atuação uma intervenção interprofissional. Então, assim, é indispensável, é fundamental, é essencial e importantíssimo. Cada um dentro da sua especificidade, mas de forma integral. O cuidado ele é compartilhado.” (P3)*

O atendimento interprofissional e colaborativo consiste em uma prática na qual diferentes profissionais da saúde atuam de maneira integrada, compartilhando responsabilidades e decisões com foco no cuidado centrado no paciente. Essa abordagem valoriza a comunicação entre os membros da equipe, o respeito aos

saberes específicos de cada área e a construção conjunta do cuidado (OMS, 2010). A atuação colaborativa entre os profissionais favorece a integralidade da atenção, melhora os resultados em saúde e contribui para a redução da fragmentação dos serviços, especialmente na Atenção Primária. Essa forma de cuidado é defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como essencial para alcançar maior qualidade nos serviços oferecidos às comunidades (OMS, 2010).

As falas dos profissionais evidenciam como o atendimento interprofissional se concretiza na prática cotidiana da Atenção Primária, especialmente nas visitas domiciliares, nas quais o diálogo entre a equipe, a identificação das necessidades do usuário e a articulação de saberes distintos são fundamentais para garantir um cuidado integral (P1). A percepção de que as prioridades devem partir do usuário, e não do profissional, reforça a centralidade da pessoa no processo de cuidado (P2), ao mesmo tempo destaca a importância da atuação colaborativa entre diferentes áreas (P3). Essa perspectiva vai ao encontro do que preconiza a Organização Mundial da Saúde (2010), ao afirmar que a interprofissionalidade constitui um marco essencial para a qualificação da atenção, uma vez que possibilita práticas mais resolutivas, evitando a fragmentação dos serviços e fortalecendo a integralidade do cuidado.

Na categoria **“Precariedade dos recursos nos serviços públicos”**, emergiram os seguintes conteúdos:

*“Porque eu não consigo fazer atendimento domiciliar, porque a gente não tem material, a gente não tem recurso e a gente tem muitas unidades. Então eu só tenho eu de TO na nossa equipe” (P4)*

*“A gente até vai e tudo (para visita domiciliar), mas a gente não tem esses recursos todos. A gente tem algumas coisas que vão chegando depois de anos de pedido, trabalho, tudo. Mas a gente trabalha muito com o nosso recurso, para todas as especificidades” (P5)*

*“E outra coisa é que a gente não tem todos os recursos que a gente gostaria de ter. um paciente que não tem, enfim, pobre não tem recursos e a gente gostaria de fazer um trabalho diferenciado, aí eu até consigo fazer com material de baixo custo mas tem algum custo e esse custo ele é financiado por quem entendeu, então quando a gente consegue fazer um projeto antecipado que passa para secretaria e nanana, pode até ser que consiga algum recurso mas quase sempre a gente não consegue, então posso citar recursos e quando a gente quer fazer um trabalho mais efetivo e imediato a gente tira do bolso né, custeia” (P3)*

A Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, estabelece diretrizes para a organização, financiamento e funcionamento das eMulti, reafirmando seu papel estratégico na ampliação do cuidado integral e resolutivo no SUS. O financiamento federal está condicionado à adesão formal dos municípios e ao cumprimento de critérios mínimos. No entanto, a apesar das normativas, a precariedade de recursos nos serviços públicos de saúde, especialmente na Atenção Primária, representa um dos principais desafios para a efetivação de práticas interprofissionais qualificadas (BRASIL, 2023).

A ausência de materiais adequados, infraestrutura insuficiente e a demora no fornecimento de insumos dificultam a realização de atendimentos domiciliares e intervenções mais efetivas. Em muitos contextos, os próprios profissionais acabam arcando com os custos ou improvisando com materiais de baixo custo, o que revela não apenas a fragilidade institucional, mas também a sobrecarga e a responsabilização individual pelo cuidado. Essa situação impacta diretamente a resolutividade das ações em saúde, comprometendo a integralidade do atendimento e acentuando desigualdades. Como aponta a literatura, essas dificuldades estruturais comprometem a qualidade do trabalho multiprofissional e limitam a capacidade de resposta das equipes frente às complexidades do território (SILVA; MONTEIRO, 2024).

Na categoria “**Atendimento da terapia ocupacional na APS**”, emergiram os seguintes conteúdos:

*“Na primeira visita, enquanto TO, por exemplo, eu tento compreender o contexto patológico da pessoa, o processo de adoecimento e o que é que está impactando nas ocupações, principalmente as AVDs. A gente vai fazer avaliação, vai ver que não consegue fazer as AVDs e o porquê. Geralmente, na maioria das vezes, são pacientes acamados, então assim, geralmente em todas as áreas de desempenho comprometidos, as AVDs é só uma delas, né? Então eu faço essa primeira avaliação na primeira visita a gente não consegue fazer intervenção nenhuma na primeira visita só avaliação, é a partir dela a gente agenda as próximas visitas” (P3)*

*“Se precisar de intervenção, mas a gente não faz tratamento né, a gente faz intervenção pontual e se precisar de um tratamento por exemplo de reabilitação e alguma específica a gente tem também caminhar para alguma área de especialidade” (P3)*

*“A gente faz a visita e aí dependendo do caso, a gente faz a intervenção e é mais orientação. A gente faz orientação de AVD, a gente faz orientação de medicação que às vezes eles não sabem ler e aí a gente orienta como eles fazem o uso da medicação. A gente orienta a posição dos móveis, dependendo do ambiente e da patologia. Mas a gente faz muita orientação” (P4)*

*“Eu acho assim que a terapia ocupacional trabalha diretamente ligado aos cotidianos das pessoas né, que é o fazer humano, onde é que está o nosso maior fazer? dentro da nossa casa né, então toda vez que tem mesmo que não venha caso domiciliar por estar no território eu sempre gosto de tentar um acolhimento familiar, uma visita do caso que vai entender a dinâmica daquela família. Porque, às vezes, o que vem para a gente na unidade básica é uma parcela das questões que aquela família está passando. E quando a gente vai na casa, a gente visualiza aquela dinâmica. Você olha se a casa tem bons riscos, não só riscos estruturais, mas se aquela casa tem animais de estimação, aquela casa é multigeracional, aquela casa tem muitos móveis. Eu tenho essa necessidade de me aproximar com esses cotidianos, porque eu consigo visualizar melhor o que realmente aquela família está precisando” (P2)*

*“Quando chega a demanda para a eMulti. Geralmente não chega para terapia ocupacional, porque ainda os profissionais ainda não conseguem fazer essa visualização de que precisa de TO e até a família. Geralmente chamam o fisio ou psicólogo, aí a TO vai.” (P3)*

O atendimento da terapia ocupacional na APS caracteriza-se por uma abordagem integral e centrada no cotidiano, promovendo autonomia, participação social e qualidade de vida. O terapeuta ocupacional atua de forma generalista, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, reabilitação e apoio matricial, articulando-se com setores e serviços da rede de atenção à saúde. A prática envolve intervenções individuais, grupais, comunitárias e domiciliares, considerando dimensões físicas, emocionais, sociais e culturais, bem como território e contexto de vida. Integrada à equipe multiprofissional, a terapia ocupacional contribui para ampliar o acesso, fortalecer o cuidado intersectorial e a resolutividade da APS (Silva; Nicolau; Oliver, 2021).

As falas dos profissionais ressaltam a especificidade da Terapia Ocupacional na APS, caracterizada pela avaliação das condições de saúde e do cotidiano dos usuários (P3), pela realização de intervenções pontuais e orientações relacionadas às atividades de vida diária (AVD), uso de medicação e organização do ambiente domiciliar (P3; P4), bem como pela atenção à dinâmica familiar e às condições do território em que vivem (P2). Além disso, observa-se um desafio a visibilidade do papel do terapeuta ocupacional, já que muitas vezes a demanda chega inicialmente a outros profissionais da eMulti, como fisioterapeutas ou psicólogos, sendo a terapia ocupacional acionada posteriormente (P3). Tais experiências dialogam com o que afirmam Silva, Nicolau e Oliver (2021), ao destacar que a terapia ocupacional na APS tem como foco central o cotidiano, atuando de forma integral e generalista em ações de promoção, prevenção e reabilitação, articulando-se em rede e contribuindo para a resolutividade dos serviços, a ampliação do acesso e o fortalecimento da integralidade do cuidado.

Na categoria **“Acolhimento, avaliação e orientação”**, emergiram os seguintes conteúdos:

*“Geralmente a gente faz avaliação né, e ver quais são as demandas as necessidades, faz a orientação para família né, com relação é, tanto se for uma pessoa com Alzheimer com relação a dar algumas dicas para facilitar as atividades de vida diária para facilitar mais autonomia deles né, para eles não ficarem tão dependentes e com relação a parte da, se for um idoso que é acamado e aí a gente faz com relação a orientação com relação algumas aquisições de alguns direitos” (P1)*

*“Às vezes orienta com relação à mobilidade, a posicionamento, a postura que aquele cuidador precisa para poder fazer os cuidados com relação à altura da cama, algumas relacionadas à ergonomia ou à prevenção de deformidades, de contratura, de escaras” (P1)*

O acolhimento, a avaliação e a orientação configuram-se como etapas essenciais na APS, pois permitem estabelecer um vínculo inicial, compreender as demandas do usuário e planejar intervenções adequadas. O acolhimento envolve a escuta qualificada e a aproximação com o cotidiano e a dinâmica familiar, favorecendo a identificação de necessidades para além da queixa inicial, o que possibilita um cuidado integral e centrado na pessoa (Silva; Nicolau; Oliver, 2021).

Para a terapia ocupacional a avaliação, por sua vez, abrange a análise das áreas de desempenho e ocupações significativas, considerando fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais, além do contexto territorial e comunitário, o que permite elaborar estratégias para promoção da participação e prevenção de agravos. Já a orientação, frequentemente realizada de forma individual ou junto à família, envolve desde ajustes ambientais e adaptações nas atividades de vida diária até recomendações sobre o uso de recursos e serviços disponíveis na APS (Silva; Nicolau; Oliver, 2021), reafirmando a fala dos participantes.

Na categoria “**Instrumentos de abordagem familiar**”, emergiram os seguintes conteúdos:

*“Os casos mais complexos com relação à saúde mental né, a gente faz visita assim para formação do vínculo para tentar fazer um acompanhamento, é para articular junto com a rede, vai reunião com o caps para discutir o PTS então faz encaminhamento e articulação para a rede para o que que é, quais são os serviços que podem fazer o acompanhamento, a gente faz mais essa articulação né” (P1)*

*“A nossa equipe utiliza sempre no atendimento domiciliar o padrão, é o Ecomapa e o Genograma. De primeira, a gente olha para o Ecomapa, feito por todos / que acomoda todos os membros da equipe, que a gente criou mesmo, que a gente construiu com as necessidades que a gente foi observando, até então, pegamos modelos e construímos um pouco nosso, para a gente ter a primeira clareza de quem é aquele usuário. Se ele tem relações, né? Então o Ecomapa, é nosso instrumento, a gente aplica.” (P2)*

Os instrumentos de abordagem familiar são ferramentas essenciais na APS, pois permitem compreender a estrutura, as relações e o contexto da família, favorecendo intervenções direcionadas e eficazes. Entre eles, destacam-se o Genograma, que representa a composição familiar e seus vínculos, identificando eventos e padrões relevantes; o Ecomapa, que evidencia conexões com a comunidade e recursos disponíveis; além do Ciclo de Vida Familiar e da ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E. A aplicação dessas ferramentas fortalece o vínculo entre equipe de saúde e família, possibilitando intervenções mais humanizadas e integradas (SILVEIRA *et al.*, 2018).

As falas dos profissionais evidenciam que, diante de casos complexos, como os relacionados à saúde mental, a equipe busca fortalecer vínculos e articular a rede de atenção por meio da construção PTS, garantindo um acompanhamento compartilhado (P1). Ressalta-se ainda a utilização de ferramentas como o Genograma e o Ecomapa, que permitem compreender a dinâmica familiar, os vínculos estabelecidos e os recursos disponíveis na comunidade, constituindo instrumentos

que orientam intervenções mais precisas e colaborativas (P2). No âmbito da terapia ocupacional, avaliações específicas como o RACER, voltado a adultos e idosos, e o Portage, direcionado ao desenvolvimento infantil, são incorporadas ao PTS, enriquecendo a análise das demandas e potencialidades dos usuários (P2). Tais práticas corroboram o que apontam Silveira *et al.* (2018), ao destacarem que a aplicação dessas ferramentas favorece a aproximação da equipe com a realidade familiar, fortalece o vínculo com os usuários e possibilita intervenções mais humanizadas, direcionadas e integradas.

Na categoria “**Articulação entre os pontos de atenção das RAS**”, emergiram os seguintes conteúdos:

*“O nosso distrito é muito difícil muito difícil porque ele tem pouquíssimas redes, não tem caps no distrito, não tem CER não tem nada, então a gente só é tudo, tudo é a gente que tem que fazer entendeu. porque não tem perto da casa dele, não tem um serviço acessível. A atenção especializada no nosso distrito ela é precária.” (P1)*

*“A gente encaminha, sabe? Eu faço muito encaminhamento, embora a nossa rede seja bem falha, né? a gente não tem pra onde encaminhar. Então a gente acaba tendo contato com outros profissionais e pedindo orientação também, sabe? Mas eu encaminho. Nem tudo a gente consegue abranger.” (P4)*

*“Tem uma parte que é frustrante, porque aí você não consegue nem trabalhar, porque vai além da sua especificidade e você também não consegue encaminhar.” (P4)*

*“Outras questões a dificuldade que eu disse assim da dificuldade da rede né, que a gente não tem para onde encaminhar a não ser quando os usuários tem condições de ir pra os centros de reabilitação né, que a gente já acompanhou já fez nosso trabalho ou precisa encaminhar e não tem pra onde encaminhar pra um serviço próximo.” (P1)*

A articulação entre os pontos de atenção das RAS é fundamental para garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde. Essa integração busca superar a fragmentação dos serviços, organizando fluxos assistenciais que asseguram acompanhamento contínuo do usuário, da atenção primária à hospitalar e especializada. Assim, promove maior efetividade no acesso, evita duplicidade de procedimentos e fortalece a coordenação do cuidado, atendendo às necessidades da população de forma integral e equânime (BRASIL, 2014).

As falas dos acima evidenciam os desafios enfrentados na articulação entre os pontos de atenção da RAS, especialmente em territórios com pouca oferta de serviços especializados, como um dos distritos sanitários de Maceió, onde faltam Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Centros de Reabilitação e outros recursos essenciais (P1; P4). Essa escassez de serviços dificulta os encaminhamentos e sobrecarrega a equipe de atenção primária, que muitas vezes precisa suprir lacunas para garantir o acompanhamento dos usuários, ainda que nem todas as demandas possam ser atendidas (P1; P4). Essas experiências refletem a importância da integração entre os

níveis de atenção preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), cuja articulação visa superar a fragmentação dos serviços, organizar fluxos assistenciais contínuos e assegurar a integralidade do cuidado, ampliando o acesso, fortalecendo uma atenção resolutiva para toda a população.

Na categoria “**Desafios do trabalho em equipe**”, emergiram os seguintes conteúdos:

*“Porém, a realidade é outra, né? A gente faz visita, atendimento domiciliar somente entre profissionais da eMulti ou em raras exceções a gente consegue, a gente consegue muito a dobradinha com a enfermeira, mas não são todas porque aqui a gente tem três equipes não são todas que são colaborativas né, o médico eu não preciso nem dizer, é porque assim é até difícil para a gente vir falar com o médico, pedir a ele uma intervenção, tudo. Quando é de interesse deles, eles vêm e intervêm, vem, falam, conversam, quando é de interesse deles. Mas quando não, a gente é quem corre atrás de tudo para o bem-estar do paciente.” (P5)*

*“A gente, às vezes, se divide, sabe? Uma faz isso, outra faz isso, outra faz isso, outra faz isso, porque num dia tem milhões de coisas pra fazer. A gente divide as funções. Então, às vezes, a gente, uma fica na sala de cuidados e a outra vai pro atendimento domiciliar, eu e a físió né? Aí a outra vai, troca. E assim vai. É pra gente dar conta das demandas.” (P1)*

*“Como dificuldade, os profissionais extremamente cartesianos. A gente não pode negar né, que são muito fechados no seu saber.” (P2)*

*“E a parceria, assim, com os profissionais do posto. A gente faz a visita sempre com um agente de saúde. E seria muito interessante que a gente conseguisse fazer sempre com outros profissionais, né? Até para ter essa troca, a discussão de PTS, fica muito mais simples. Então, algumas unidades a gente consegue fazer com médico, a gente consegue fazer com assistente social, mas não é a realidade de todos. E a questão de que, às vezes, seria interessante que a gente fizesse junto com outros profissionais da unidade, e nem sempre a gente consegue. Às vezes eles vão lá, vão primeiro. E aí, trazem demanda para a gente, a gente vai com o agente de saúde, ou do contrário, a gente vai primeiro e depois demanda deles, e aí nem sempre a gente consegue casar esse atendimento qual tema trata” (P4)*

O trabalho em equipe na APS enfrenta desafios para superar modelos hierarquizados e a valorização desigual das categorias profissionais, buscando uma atuação mais horizontal e integrada. Os núcleos de competência de cada profissão e a articulação entre saberes comuns favorecem a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, enquanto sua ausência pode reproduzir um cuidado fragmentado e desumanizado, centrado apenas em aspectos biológicos. O desafio está em transformar o trabalho em processo de interação, cooperação e corresponsabilidade, exigindo formação permanente e abertura para novas autonomias no cuidado (Peduzzi, 1998; Campos, 1997; Almeida; Mishima, 2001).

As falas dos profissionais evidenciam as dificuldades enfrentadas na efetivação do trabalho em equipe na APS, especialmente no que se refere à integração entre diferentes categorias profissionais e à colaboração entre unidades e especialidades (P1; P4; P5). Observa-se que, muitas vezes, a atuação é restrita aos membros da eMulti ou envolve apenas parcerias pontuais, como com agentes de saúde, enfermeiros ou médicos, dependendo do interesse e da disponibilidade destes (P5; P4). Além disso, há relatos sobre a resistência de alguns profissionais a compartilhar saberes, o que reforça barreiras hierárquicas e limita a interdisciplinaridade (P2). Essas experiências corroboram o que apontam Peduzzi (2001), Campos (1997) e Almeida e Mishima (2001), ao destacarem que a construção de equipes horizontais e integradas demanda transformação das práticas, formação contínua e abertura à corresponsabilidade, de modo a evitar a fragmentação do cuidado e promover uma atenção mais humanizada, centrada nas necessidades do usuário.

Na categoria “**Deslocamento, território e visita domiciliar**”, emergiram os seguintes conteúdos:

*“Está tendo carro com regularidade, sabe? Antes a gente tinha mais dificuldade, mas agora a gente está conseguindo ter acesso ao carro.” (P1)*

*“Antes eu ia no meu carro mesmo. Muitas vezes já fui para visita, para outro serviço no meu carro, gastando minha gasolina, mas a estratégia ainda vai no carro deles mesmo.” (P1)*

*“A violência né, no território só entra de carro plotado porque as meninas entraram com carro que só tinha o nome da prefeitura que não era um carro plotado e o pessoal os traficantes receberam elas com fuzil assim na mão né, mandando abaixar o vidro pra se identificarem então a gente tem territórios muito perigosos com risco muito alto de violência sabe, então a gente tem muita dificuldade às vezes com relação a isso por conta da violência quando eles estão, quando a polícia entra, quando eles estão em guerra a gente nem vai para o território, uma briga de uma facção com a outra né” (P1)*

O deslocamento da equipe de saúde ao território, por meio da visita domiciliar, é estratégia fundamental para consolidar a atenção básica como espaço de cuidado integral. A territorialização possibilita compreender o contexto social, econômico e cultural das famílias, favorecendo vínculos e a identificação de riscos e vulnerabilidades. A visita domiciliar vai além do caráter assistencial, assumindo funções de promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento da autonomia familiar. Assim, ao articular deslocamento, território e visita domiciliar, busca-se um processo de trabalho que integre clínica ampliada, humanização e equidade, ampliando a resolutividade das equipes de saúde da família (GALLASSI *et al.*, 2014).

Os relatos acima demonstram que o deslocamento até o território, apesar de essencial para a realização das visitas domiciliares, ainda é marcado por desafios estruturais e contextuais. Questões como disponibilidade de veículos, que antes eram escassos e obrigavam o uso de transporte próprio dos integrantes da equipe (P1), e a violência presente em determinadas áreas, que exige medidas de segurança

específicas, como o uso de carros plotados para evitar situações de risco (P1), impactam diretamente na efetividade do trabalho. Essas narrativas dos profissionais dialogam com o que destacam Gallassi *et al.* (2014), ao afirmarem que a visita domiciliar constitui um dispositivo estratégico da atenção básica, pois possibilita compreender o território em suas dimensões sociais, econômicas e culturais, promovendo vínculos e fortalecendo práticas de cuidado integral. Contudo, para que cumpra plenamente sua função de promoção da saúde, prevenção de agravos e humanização do cuidado, é necessário superar barreiras logísticas e territoriais que dificultam sua realização.

Na categoria “**Atenção domiciliar e integralidade do cuidado**”, emergiram os seguintes conteúdos:

*“A gente trabalha muito com essa visão, desse cuidado mais amplo, dessa clínica ampliada, que não se foca na questão do contexto da doença, do atendimento só ambulatorial, é necessário ir pra dentro mesmo do contexto do usuário pra ver quais são as demandas que eles trazem as necessidades de saúde” (P1)*

*“A gente prioriza sempre as visitas serem compartilhadas, sempre. Por uma questão de segurança e por uma questão de discussão de caso.” (P2)*

*“E a atenção básica é uma garantia de direitos a gente tá ali para garantir direitos acesso a saúde, o serviço longitudinal, então não adianta eu ir lá fazer meu atendimento pontualzinho e ir embora, eu não tô garantido que ele realmente precisa. Então, o compartilhado ele é necessário.” (P2)*

A atenção domiciliar no SUS configura-se como estratégia para ampliar a integralidade do cuidado ao considerar o usuário em sua realidade cotidiana. Permite articular o cuidado de forma contínua, da promoção da saúde à reabilitação, conforme as necessidades de cada indivíduo e família. Potencializa a integralidade ao favorecer vínculos, corresponsabilização e aproximação entre equipe, usuário e família (BRASIL, 2013). Assim, no contexto domiciliar, a integralidade envolve clínica ampliada, humanização e participação social.

As falas dos profissionais acima destacam a importância de uma clínica ampliada ao reconhecerem a necessidade de compreender o usuário em seu contexto de vida e não apenas no âmbito da doença ou do atendimento ambulatorial (P1). As visitas compartilhadas são priorizadas tanto pela segurança da equipe quanto pela possibilidade de discussão de casos, evidenciando a corresponsabilização e o caráter colaborativo do trabalho (P2). Além disso, a atenção básica é percebida como espaço de garantia de direitos, na medida em que assegura acesso contínuo aos serviços de saúde e um cuidado que ultrapassa ações pontuais, reforçando sua função longitudinal e integral (P2). Assim, a prática cotidiana reafirma que a atenção domiciliar, ao aproximar equipe, usuário e família, amplia a integralidade do cuidado e concretiza princípios de humanização e participação social preconizados pelo SUS (BRASIL, 2013).

Na categoria “**Potencialidades do trabalho em equipe**”, emergiram os seguintes conteúdos:

*“De potencialidade, a eMulti, a que eu trabalho são de 6 equipes, 6, unidades de saúde e 12 equipes ao total, 11 de estratégia e 1 EAP então as potencialidades que eu visualizo hoje é que muitas dessas equipes já acreditam no apoio matricial, coisas que lá atrás antes não tinha, parecia que a gente tava pedindo favor, hoje eu já vejo que eles compreendem que alguns casos vão ser encaminhados e nem é solucionados, a gente compreender que o processo de saúde/doença ele é realmente um processo, a gente não tá ali pra salvar ninguém, sanar ninguém, pra dar um remédio e curar, é realmente um processo, então o que eu vejo de potencialidade foi esse avanço talvez em capacitações, talvez em capacitações, talvez em um fortalecimento da própria atenção primária, então algumas equipes visualizam a importância do apoio matricial que inicia com tudo isso, com a visita domiciliar compartilhada com as reuniões em loco, como visualizar toda a família não ir lá só para ver uma pessoa ir embora. Então, aí eu visualizo uma potencialidade.” (P2)*

*“A maior potencialidade é que a gente não trabalha só né, a gente tem o a gente consegue o apoio dos demais profissionais para a gente ampliar o cuidado eu acho que eu acho que o maior diferencial da gente da equipe eMulti é isso, que a gente não trabalha só não existe um trabalho individual ou individualista né, existe um trabalho coletivo um trabalho compartilhado eu acho que é maior potencialidade” (P3)*

*“Os pontos positivos, né? A gente poder atuar junto, em conjunto. A nossa equipe é uma equipe bem coesa” (P5)*

*“Potencialidade, eu acho que o entrosamento que a gente tem com algumas equipes é um bom potencial, né? Com algumas equipes é um bom começo, que a gente consegue fazer grupos. A nossa união, que é a principal potencialidade que eu acho, principalmente na nossa equipe” (P5)*

O trabalho em equipe apresenta potencialidades significativas na área da saúde, sobretudo quando pautado na educação e prática interprofissional. A atuação colaborativa entre diferentes profissionais permite superar a fragmentação do cuidado e ampliar a resolubilidade dos serviços, garantindo uma atenção mais integral às necessidades dos usuários. Além disso, possibilita melhor comunicação entre os membros da equipe e valoriza as contribuições específicas de cada área, promovendo maior eficiência e qualidade no atendimento (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Nas falas dos profissionais acima destacam como potencialidades a valorização do apoio matricial, a realização de visitas compartilhadas e a possibilidade de compreender o processo saúde-doença de forma ampliada, sem reduzi-lo apenas à prescrição ou à cura (P2). Também ressaltam como potencialidade a atuação coletiva, que afasta práticas individualizadas e possibilita ampliar o cuidado a partir da colaboração interprofissional (P3). A coesão e o entrosamento entre os membros da equipe são igualmente apontados como elementos que fortalecem a prática conjunta e favorecem a realização de grupos e ações mais abrangentes junto às famílias (P5). Tais percepções corroboram com Peduzzi *et al.* (2013), ao afirmarem que a educação e a prática interprofissional constituem bases essenciais para superar a fragmentação

do cuidado, promover maior eficiência e qualidade nos serviços e garantir uma atenção mais integral às necessidades dos usuários.

## CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou compreender a atuação do terapeuta ocupacional nas equipes multiprofissionais (eMulti) na perspectiva da Atenção Domiciliar em Maceió, evidenciando sua relevância para a integralidade do cuidado na APS. A análise dos dados demonstrou que a prática da terapia ocupacional ultrapassa a intervenção técnica, abrangendo cotidiano, família e território dos usuários, possibilitando um cuidado mais humanizado e resolutivo.

No que diz respeito ao perfil dos participantes, observou-se predominância feminina, alta qualificação acadêmica e expressiva qualificação e experiência profissional, aspectos que favorecem a prática interprofissional e fortalecem a inserção da terapia ocupacional nas equipes. A instrumentalização da AD pelo terapeuta ocupacional ocorre principalmente por meio de avaliações funcionais, orientações às famílias, adaptações ambientais e uso de instrumentos de abordagem familiar, estratégias que contribuem para a promoção da autonomia, participação social e qualidade de vida dos usuários.

A pesquisa evidenciou que os atendimentos compartilhados e colaborativos representam uma das maiores potencialidades das eMulti, favorecendo a construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares e a prática do apoio matricial. Como potencialidades, destacaram-se o entrosamento entre os membros da equipe, a valorização do trabalho coletivo e a abertura ao diálogo entre diferentes saberes.

Entretanto, também foram identificadas dificuldades significativas, como a precariedade de recursos materiais e logísticos, a dificuldade de articulação com outros pontos da RAS, a sobrecarga de responsabilidades e as barreiras hierárquicas entre categorias profissionais.

Dessa forma, conclui-se que a presença do terapeuta ocupacional na AD amplia a integralidade do cuidado, ao reconhecer o usuário em sua realidade cotidiana e ao propor intervenções que contemplam não apenas a dimensão clínica, mas também social e ambiental. A valorização desse profissional nas eMulti é fundamental para garantir práticas colaborativas, resolutivas e centradas no usuário. Para tanto, torna-se necessário ampliar os investimentos em condições adequadas de trabalho, fortalecer a articulação em rede e promover maior reconhecimento da especificidade e da importância da terapia ocupacional no SUS.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, N. A. Educação interprofissional na formação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 25-30, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200021>.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, v. 2, n. 1 (3), p. 68-80, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>.

BRASIL. COFFITO. Normatiza a intervenção terapêutica ocupacional domiciliar/home care e dá outras providências. Resolução n. 475, 2016. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6301>. Acesso em: 27 ago. 2025.

BRASIL. COFFITO. Definição de Terapia Ocupacional, 2017. Disponível em: [https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=3382](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.436, de 22 de setembro de 2017. *Política Nacional de Atenção Básica: revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. *Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n. 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 União*: seção 1, Brasília, DF, 22 maio 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes para organização do trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Regulação em saúde: redes de atenção à saúde e a organização da atenção ambulatorial especializada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Terapia Ocupacional*. Biblioteca Virtual em Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/terapia-ocupacional-4>.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

FIGUEIREDO, Mirela de Oliveira *et al.* Terapia ocupacional: uma profissão relacionada ao feminino. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100011>.

GALLASSI, C. V.; RAMOS, D. F. H.; KINJO, J. Y.; SOUTO, B. G. A. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sciences*, v. 39, n. 3, p. 167-172, 2014. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v39i3.653>.

GODOY, Arilda. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: [https://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1428/minayo\\_\\_2001.pdf](https://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 621-626, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Marco para a ação sobre a interprofissionalidade em saúde: formação e prática colaborativa*. Brasília: OPAS/OMS, 2010.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1525-1534, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

SILVA, L. G.; MONTEIRO, T. C. Precarização do trabalho e desafios da atuação multiprofissional no SUS: uma análise crítica. *Revista Formação em Terapia*, 2024. DOI: <https://doi.org/10.69849/revistaft/ra10202410181316>.

SILVA, R. A. S.; NICOLAU, S. M.; OLIVER, F. C. O papel da terapia ocupacional na atenção primária à saúde: perspectivas de docentes e estudantes da área. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2214>.

SILVEIRA, B. J. *et al.* Aplicação de ferramentas de abordagem familiar na atenção primária: um relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2018. DOI: [10.25248/REAS386\\_2018](https://doi.org/10.25248/REAS386_2018).