**A PRÁTICA TERRITORIAL E AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS OCUPACIONAIS**

The Practice Territorial and Interventions Occupational Therapeutic

La practica territorial y las intervenciones terapeuticas ocupacionales

**RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo descrever intervenções realizadas por acadêmicos do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de XXX, buscando explanar as potencialidades do contato entre cliente e acadêmico. As práticas foram realizadas, através de visitas domiciliares, em parceira com uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de XXX, XX. O estudo relata o atendimento a uma usuária com o diagnóstico de Artrite Reumatoide (AR) e as intervenções terapêuticas ocupacionais desenvolvidas. Houve a escuta das demandas da cliente e de sua família, sendo as principais: a necessidade de orientações para a realização de transferência e às dificuldades do uso da cadeira de banho. Desse modo, elaborou–se um plano de tratamento englobando intervenções e atividades que nortearam os atendimentos. Foi observado, a partir dessa vivência, o fortalecimento de uma rede de assistência à saúde, constituída entre Estratégia de Saúde da Família e academia; fato que favoreceu o cuidado e a qualidade de vida do sujeito acompanhado.

**Palavras-chaves:** Estratégia de Saúde da Família; Terapia Ocupacional; Visita domiciliar.

**ABSTRACT**

This study was to describe interventions performed by academics of the Occupational Therapy course of the Federal University of XXX, seeking to explain the potential of the contact between client and academic. The practices were held in partnership with the Family Health Strategy (FHS) in the county of XXX, through home visits. The study reports the attendance to the female user with a diagnosis of Rheumatoid Arthritis (RA) and developed occupational therapeutic interventions. There was the listening to the customer's demands and his family; the main ones being, the need for: guidelines for carrying out the transfer and the difficulties of using the shower chair. Thus, was elaborated a treatment plan containing measures and activities that guided the sessions. It was observed from the practices, the strengthening of a health care network, composed of the Family Health Strategy and Academy; wich favored the care and quality of life of the subject.

**Keywords:** Family Health Strategy; Home Visit; Occupational therapy.

**RESUMEN**

El presente estudio tiene como objetivo describir intervenciones realizadas por académicos de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de XXX, buscando demostrar la potencialidad del contacto entre el cliente y el académico. Las prácticas fueron realizadas a través de visitas domiciliares, en asociación con una Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de la ciudad de XXX, RS. El estudio reporta el tratamiento a una usuaria con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR) y las intervenciones terapéuticas ocupacionales desarrolladas. Hubo una escucha de las demandas del cliente y de su familia, siendo las principales: la necesidad de orientaciones para la realización de transferencia y las dificultades en el uso de la silla de baño. De esta manera, se elaboró un plan de tratamiento abarcando intervenciones y actividades que dieron norte a las sesiones. Se observó, a partir de la vivencia, que se fortaleció la red de asistencia a la salud, compuesta entre Estrategia de Salud de la Familia y academia; hecho que favoreció el cuidado y la calidad de vida del sujeto acompañado.

**Palabrasclave**: Estrategia de Salud de la Familia; Terapia Ocupacional; Visita domiciliar.

**1 INTRODUÇÃO**

A artrite reumatoide (AR) é uma doença crônica e autoimune, cuja principal característica é a inflamação das articulações, embora outros órgãos também possam ser comprometidos¹. O quadro clínico, geralmente, é expresso por acometimento dos dois lados do corpo, principalmente nas mãos, nos punhos e nos pés, evoluindo para articulações maiores e mais centrais como cotovelos, ombros, tornozelos, joelhos e quadris. A evolução é progressiva, ocasionando desvios e deformidades decorrentes do afrouxamento ou da ruptura dos tendões e das erosões articulares. Manifesta–se por rubor, edema, calor, dificuldade de movimento e dor¹.

Os sintomas e as consequências da patologia, contudo, podem ser vivenciados de modo singular pelos pacientes. Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde ofereçam uma escuta qualificada às demandas dos sujeitos, a fim de oferecer uma resolutividade mais significativa para os casos acompanhados. Raimundo² afirma que a escuta qualificada constitui–se como uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado integral, onde é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado².

Nessa perspectiva, este estudo tem o objetivo de descrever intervenções realizadas por acadêmicos do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de XXX, buscando explanar as potencialidades do contato entre cliente e acadêmico, bem como entender e refletir como se constrói o processo de vinculação através de uma escuta qualificada.

**2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O estudo apresenta-se como um relato referente às práticas realizadas por três discentes do 4° semestre do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de XXX, sob orientação e supervisão de docentes do referido curso. Essas práticas pertenciam a disciplinas codependentes, sendo elas: Métodos e Técnicas de Avaliação em Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional em Neurologia, Terapia Ocupacional em Reumatologia e Terapia Ocupacional em Ortopedia e Traumatologia.

Após o contato com uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de XXX, foram selecionados alguns casos que necessitavam da intervenção da Terapia Ocupacional, os quais foram indicados pelos agentes comunitários de saúde. Os sujeitos que foram acompanhados apresentavam patologias que eram de conhecimento dos acadêmicos por meio das disciplinas listadas anteriormente.

Assim, os discentes foram divididos em pequenos grupos e os casos foram sorteados, sendode responsabilidade de cada grupo o atendimento de um paciente, sob a orientação de uma das docentes. As intervenções que constituem o presente estudo ocorreram durante quatro segundas-feiras, com a duração de 50 minutos.

O caso acompanhado foi de uma senhora de 90 anos, com o diagnóstico de Artrite Reumatoide, onde desde o primeiro encontro foram observadas as demandas que a mesma apresentava, utilizando–se de uma anamnese, para que se tivesse conhecimento sobre sua história de vida, patologias que apresenta e as capacidades e dificuldades frente suas atividades cotidianas.

A história de vida é uma técnica que se caracteriza por coletar informações contidas na vida pessoal dos indivíduos em que eles relatam suas percepções pessoais, os sentimentos que marcaram a sua experiência ou os acontecimentos vividos no contexto da sua trajetória³. Ou seja, entende-se por história de vida os relatos reais ou fictícios contados pelos sujeitos, onde ele insere suas crenças, valores, cultura, gostos e peculiaridades. É a partir da sua história de vida que o sujeito vai desenvolver sua personalidade, onde ela acaba sendo influenciada pelo meio em que esse sujeito se encontra, e o mesmo acaba por desenvolver percepções e maneiras de enfrentamento de acordo com sua realidade.

Nessa perspectiva, a idosa relatou fatos de sua infância, vida afetiva (casamento e filhos), rotina laboral e situação atual, na qual sofre de intensas dores na coluna e apresenta hipotonia nos membros inferiores, que a impedem de se locomover independentemente. Dessa forma, necessita do auxilio e colaboração de suas cuidadoras, inclusive para a realização da maioria de suas atividades de vida diária – pelo fato de estar viúva há seis anos e residir sozinha. Diante das observações realizadas, foram executadas intervenções, de acordo com as necessidades da senhora, propiciando melhorias em sua qualidade de vida.

**3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

No primeiro encontro foi estabelecida a permissão e o interesse pelos atendimentos, dialogados diretamente com a cliente que os receberia, já ocorrendo uma coleta informal de dados. A usuária concordou de imediato e mostrou–se bastante comunicativa desde o momento inicial, manifestando seu interesse nas práticas que seriam realizadas.

Na segunda visita domiciliar, o grupo realizou o preenchimento da anamnese, sendo essa, um método de perguntas adotado desde a Grécia Clássica, que visava aliviar o sofrimento de pessoas. E, apenas no último século, eram recomendadas com interesse de diagnóstico, tornando claro o seu caráter objetivo e subjetivo para realizar a avaliação4. Além disso, houve a escuta das demandas que a usuária e a família trouxeram para os discentes, sendo as principais, a necessidade de orientações para a realização de transferência e dificuldades do uso da cadeira de banho.

Mediante ao quadro acima, um plano de tratamento foi elaborado com vista a nortear os atendimentos das semanas seguintes. No terceiro dia de visita domiciliar, após escuta da paciente, foi realizada a demonstração da transferência para a cuidadora presente, bem como, o compartilhamento de orientações.

Ainda neste atendimento, foi desenvolvida uma adaptação para a cadeira de banho (figura 1), realizada com materiais trazidos pelos discentes: uma espuma de polietileno de hidroginástica (espaguete flutuador) e linha de nylon.

Visando o maior conforto da cliente no momento do seu banho e para evitar lesões e dor, o material foi acoplado na cadeira em locais onde as saliências poderiam causar algum dano ou úlceras de pressão. Além disso, foi adaptado o encosto, também com o encaixe da espuma de polietileno, para evitar as dores relatadas pela mesma.



Figura 1: Adaptação da cadeira de banho

As úlceras de pressão ocorrem quando a pressão intersticial excede a pressão intracapilar, originando uma deficiência de perfusão capilar, o que impede o transporte de nutrientes ao tecido. Esta situação é mais comum em áreas de proeminências ósseas, onde o osso e a superfície de contato em que o paciente se apoia (cama ou cadeira) exercem uma pressão na pele e partes moles sobre o osso, maior do que a pressão capilar7.

No último dia de intervenção, o grupo conversou com a usuária a respeito de suas impressões sobre os atendimentos e das adaptações que foram realizadas, sendo esse atendimento baseado no diálogo e escuta. Também foi feita a aplicação de faixas antiderrapantes no piso da residência da usuária com o objetivo de colaborar na locomoção e no auxílio da transferência efetuada pelas cuidadoras, evitando assim que a usuária venha a sofrer qualquer tipo de queda.

Em relação às quedas, pode se dizer que, contribuem para a ocorrência de fraturas e geram altas despesas no cuidado com a saúde, pois exigem maior número de internações, cuidados domiciliares e uso de medicamentos8. Evidencia-se que os idosos procuram com frequência o atendimento hospitalar em busca do cuidado para as consequências das quedas, que interferem na funcionalidade e na qualidade de vida dessa faixa etária9.

A cliente explanou questões pessoais, sentindo–se a vontade para conversar inclusive questões sobre espiritualidade e sua família, demonstrando que com esses dias de acompanhamento o processo de vínculo havia se estabelecido, podendo ser confirmado na despedida, onde a mesma não queria que fosse o último encontro e proferiu aos discentes, palavras de muito carinho e, principalmente, de agradecimento pelas intervenções. Em relação a esse processo de vinculação, constata-se que não há construção de vínculo sem que o sujeito seja reconhecido em sua condição – de sujeito – que fala, julga e deseja, cabendo ao profissional conhecer a pessoa e seus problemas10.

Ainda sobre vínculo, afirma-se que o mesmo envolve afetividade, ajuda e respeito, estimula a autonomia e cidadania11. Entretanto, é fundamental ressaltar que criar vínculos implica ter relações tão próximas e claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-nos responsáveis pela vida e óbito do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática, nem impessoal12.

Nessa perspectiva, foi observado o fortalecimento de uma rede de assistência à saúde, constituída entre Estratégia de Saúde da Família e academia, o que possibilitou o cuidado e a atenção integral, não só ao sujeito, diretamente atendido, como também a sua família e comunidade em geral. Faz–se essencial que haja esse elo, propiciando uma qualificação entre os serviços (saúde e universidade).

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante das visitas realizadas foi possível observar a disposição da senhora e de seus familiares e cuidadoras em receber o grupo em sua residência. A disponibilidade e o acolhimento foram fatores fundamentais para a construção do vínculo e da relação terapêutica proporcionando, também, a realização de adaptações que visavam à melhoria na qualidade de vida da cliente.

Em relação ao estabelecimento do vínculo é necessário que o profissional de saúde não tenha o foco voltado para as patologias do sujeito, mas sim buscar através de uma visão humanizadora, por meio de escuta, atenção e cuidado uma maior aproximação com o cliente, deixando de lado a mecanização do atendimento e auxiliando no processo de reabilitação. A realidade em que o usuário está inserido é responsável por nortear as ações do profissional, o que torna as intervenções singulares.

Dessa forma, construção do conhecimento adquirido através das atividades práticas az com que os discentes criem visões diversificadas, além de evitar qualquer julgamento, a fim de entender a subjetividade dos sujeitos.

As práticas executadas possibilitaram o primeiro contato dos acadêmicos do 4º semestre com o cliente demonstrando um universo que até então estava somente impresso nas folhas de papel. A partir do suporte dado pelas professoras, o grupo conseguiu estruturar intervenções, realizar atividades e adaptações, sendo essas, não tão cheias de requintes, mas importantes para cotidiano da usuária. Ou seja, a Terapia Ocupacional faz–se presente nas coisas simples, significativas para o sujeito que as desfruta na melhoria do seu dia a dia.

**REFERÊNCIAS**

1. Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Artrite Reumatoide: Cartilha para pacientes.** São Paulo, SP, 2011. Disponível em: < <http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha_artriteReumatoide.pdf>>. Acesso em: 22 de novembro de 2016.

2. Raimundo JS; Cadete MMM. **Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde.** Acta Paulista de Enfermagem. 2012; 25(2): 61-67.

3. Rocha FE; Brunello BMI. **Avaliação Qualitativa em Terapia Ocupacional: Princípios, Métodos e Técnicas de Coletas de Dados.** In: Cavalcanti A; Galvão C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2011, p. 44 – 48.

4. Silva VP; Barros DD. **Método história oral de vida.** Rev Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2010; 21(1): 68-73.

5. Alexandre NMC; Rogante MM. **Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos.** Rev Esc. Enfermagem USP. 2000; 34(2): 165-173.

6. Lojudice DC; Laprega MR; Rodrigues RAP; Rodrigues Júnior, ALR. **Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados.** Rev Bras. Geriatria e Gerontologia. 2010; 13(3): 403-4012.

7. Wada A; Teixeira Neto N; Ferreira MC. **Úlceras por pressão.** Revista de Medicina. 2010; 89(3): 170-177.

8. Baloh RW; Ying SH; Jacobson KM. **A longitudinal study of gait and balance dysfunction in normal older people.** Archives Neurology. 2003; 60(1): p. 835 – 839.

9. Gomes GAO; Cintra FA: Diogo MJD; Sousa MLR. **Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências.** Rev Bras. Fisioterapia. 2009; 13(5): 430 – 437.

10. Campos GWS. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas.** O caso da saúde. In: Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. 1ª ed. São Paulo. Editora Hucitec; 1997.

11. Machado MFAS, Vieira NFC, Silva RM. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora.**Ciência & Saúde coletiva. 2007; 15(4): 2133-2143.

12. Lefevre F. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** 1ª ed. Caxias do Sul. EDUCS; 2000.