

O USO DAS TECNOLOGIAS LEVES COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA SAÚDE DO IDOSO: RELATO DE CASO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Luana Karla de Moura Silva¹
Bianca Vieira Sales da Silva²
Dayane Tavares Ferreira da Silva³
Joyce Ferreira Lopes⁴
Rafaela Porcari Molena Acuio⁵

INTRODUÇÃO

A partir da Conferência da Alma Ata no ano de 1978 e a 8º Conferência Nacional de Saúde, juntamente com a Reforma Sanitária, observa-se a mudança do modelo assistencial de cuidado. (MERHY, FRANCO, BATISTA, 2003). Identifica-se a existência e necessidade de levar em consideração outras maneiras de pensar e produzir saúde para além do caráter biomédico. Neste contexto, emerge a discussão sobre as tecnologias leves, que provém das relações entre os sujeitos e se propõem a reformular a prática tradicional de saúde medicalocêntrica.

Ao observar um processo de trabalho em saúde e assistência, é nítido que o mesmo não se compõe apenas por ferramentas e instrumentos que utilizamos, como máquinas de raio X ou exames laboratoriais – os quais denominamos *tecnologias duras*. Existe, ademais, as *tecnologias leves-duras*, caracterizadas pelo conhecimento das diversas categorias profissionais, protocolos e normas que influenciam na assistência. Por fim, as *tecnologias leves*, que consistem na relação, interação e subjetividade entre a tríade profissional-usuário-unidade, criação de vínculo, acolhimento, responsabilização e autonomia desse usuário (MERHY, 2002).

O resumo trata-se de um relato de caso vivenciado com uma usuária em uma unidade de saúde da família do município de João Pessoa, PB, a partir da disciplina “Cenários de Práticas I – Atenção Básica” do quinto período do curso de Terapia Ocupacional. Neste contexto, o presente trabalho levanta a seguinte problemática: Qual o benefício da utilização das tecnologias leves na saúde do idoso na atenção básica à saúde? Diante disso, temos como objetivo discutir o uso dessas tecnologias de cuidado por meio da experiência em uma unidade de saúde da família.

¹ Graduando do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba - PB, luamoura26@gmail.com;

² Graduando do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, biancavieira88@gmail.com;

³ Graduando pelo Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, dayanetavares.2927@gmail.com;

⁴ Graduando pelo Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, joycelopes.13@hotmail.com;

⁵ Professor orientador: Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade Federal de São Paulo, Mestranda em Antropologia pela Universidade Federal da Paraíba, professora substituta do departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba - PB, rafa.pmolena@gmail.com.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso realizado na USF Grotão II, na cidade de João Pessoa (PB), por duas estudantes do quinto termo do curso de Terapia Ocupacional (T.O.) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), durante a disciplina “Cenários de prática I”. A disciplina é caracterizada por sua articulação teórico-prática no cenário da Atenção Básica (AB) e deu-se no período de novembro de 2018 a maio de 2019, sendo que, a imersão na atuação prática desenvolveu-se de 12 de fevereiro a 23 de abril de 2019.

A disciplina e as práticas nela realizadas tinham como objetivo, dentro da AB, desenvolver a construção e organização do raciocínio clínico dentro da prática da profissão, do processo terapêutico e do olhar singular que a profissão pode proporcionar no ambiente da unidade. A partir da participação dos discentes e docentes, foram pensadas e propostas semanalmente ações em saúde e intervenções em grupo, em domicílio ou na USF em articulação com os próprios profissionais da unidade, com estudantes de outros cursos e residentes.

Os estudantes permaneciam oito horas semanais na unidade e dentro das práticas realizadas, destaca-se as visitas domiciliares, cenário em que esse trabalho se debruça para análise. As visitas às casas dos usuários e suas famílias eram semanais e duravam cerca de uma hora. A escolha de quais usuários seriam acompanhados foi definida em discussão com os Agentes Comunitários de Saúde e os profissionais da unidade. A partir disso, foram realizadas supervisões semanais com as docentes da disciplina, bem como discussões interprofissionais com docentes e discentes de outros cursos e profissionais da unidade.

Para esse relato selecionou-se os atendimentos domiciliares realizados por duas discentes na residência da usuária Sra. B.

DESENVOLVIMENTO

A população brasileira passa por um intenso processo de envelhecimento, segundo dados do IBGE a população idosa brasileira é composta por 29.374 milhões de pessoas, totalizando 14,3% da população total do país. Devido a esse fator faz-se necessário uma expansão no modelo de cuidado e de saúde para essa população para a melhoria do acesso, das condições de vida e das políticas sociais (BRASIL, 2018). A necessidade do modelo de expansão do cuidado é importante, tendo em vista a quantidade de mudanças que ocorrem nessa faixa etária, como os declínios funcionais dos sistemas e alterações no próprio corpo que surgem e impactam diretamente no bem estar do idoso, podendo trazer riscos a qualidade da sua saúde.

A política pública de saúde que era vigente antes do movimento da Reforma Sanitária no país era a Atenção Primária a Saúde (APS) seletiva, na qual tinha um caráter preventivo e que voltava a atenção apenas para mulheres e crianças ou pessoas em intensa vulnerabilidade social. Se resumia ao controle de doenças, oferecendo ações como imunização e aleitamento materno e intervenções de baixo custo oferecidas para erradicar as doenças dos países considerados vulneráveis (ROCHA, PAIVA, OLIVEIRA, 2012; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008). Nesse modelo de APS, ocorria o fortalecimento do caráter biomédico em detrimento de intervenções de outras categorias profissionais. As pessoas com deficiência e pessoas em sofrimento psíquico eram encaminhadas para outros níveis de atenção, devido a suposta

complexidade de atenção que tinha que ser dada a esses casos (ROCHA, PAIVA, OLIVEIRA, 2012).

Apenas na década de 80 após o movimento da Reforma Sanitária e com as ações Integradas de Saúde na rede dos serviços, que outras populações foram inclusas nas ações de saúde, como os idosos, adolescentes e pessoas com doenças crônicas (REIS, GOMES, AOKI, 2012). Após a Conferência de Alma Ata em 1978, se inicia a transição para a APS abrangente, com o objetivo de alcançar uma melhoria na qualidade da assistência e do cuidado – não apenas nos mais altos níveis de complexidade – surge na atenção básica (AB) o Programa de Saúde da Família (PSF) que, pouco tempo depois, a fim de reafirmar os princípios do SUS, foi substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No sistema de saúde vigente, o paradigma médico-centrado e hospitalocêntrico continua predominante em todos os níveis de atenção. A figura do médico – e seus consultórios, exames e medicamentos – é mais reconhecida e valorizada, em detrimento da ascensão de novas práticas em saúde e também de outros profissionais. Segundo Ferri et al. (2006), esse modelo ainda hegemônico nos processos de saúde, pauta-se no enfoque nas doenças e na resolutividade de sintomas, caracterizando um modelo mecanicista em detrimento do sujeito biopsicossocial e trata com foco no organismo biológico.

Destacamos que essa forma de atendimento é fruto de um longo período histórico, que tem suas raízes no conjunto de dicotomias que atravessa a organização dos serviços de saúde e que vem sendo sustentada pela lógica de mercado, com a finalidade de obtenção de lucro, ficando as necessidades de saúde da população num plano secundário (FERRI, et al., 2006, pag 517)

A partir disso, surgiram novas maneiras de se pensar e tratar saúde de uma maneira diferente da realidade de consultórios e medicamentos, como o conceito e uso das tecnologias leves. Com esse novo paradigma, é possível observar a necessidade de um olhar mais atento à essa população que cresce consideravelmente, e para isso, é importante propor um modelo de saúde humanizado, que acolha as demandas do usuário e envolva-o em todo processo de tratamento. Segundo Marques e Lima (2004), as tecnologias tem o objetivo de dar autonomia, protagonismo e promover uma gestão compartilhada dos processos de saúde regidos pelos princípios do SUS, favorecendo uma melhor qualidade de vida aos usuários do sistema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi selecionada para este trabalho a usuária Sra. B., de 67 anos. Uma mulher ativa mas que devido ao acometimento de um Acidente Vascular Encefálico (AVE) e de sintomas de depressão apresentou grandes rupturas em seu cotidiano. Em decorrência disso, a mesma tem comprometimento na marcha devido a sequelas nos membros inferiores, relata grande sentimento de solidão e apresenta dependência de medicamentos psiquiátricos.

Sra. B. reside sozinha no bairro do Grotão no município de João Pessoa, um bairro de região periférica que apresenta uma vulnerabilidade social nítida. A usuária não recebe muitas visitas, porém recebe auxílio esporádico dos vizinhos e dos filhos que lhe fornecem alimentos. Quando necessário, seus filhos também a auxiliam no deslocamento até o comércio local, farmácias e igreja. O vínculo de Sra. B. com a unidade também é frágil devido as condições de saúde e de locomoção da usuária.

Foram realizados, como descritos na metodologia, atendimentos semanais por uma dupla de discentes de terapia ocupacional, em outros momentos por discentes de outros cursos e pelo médico da unidade. Nos encontros com os discentes de TO eram realizadas conversas e intervenções terapêuticas ocupacionais. Foi a partir do diálogo que foi identificado na usuária seus gostos, desejos e vontades em seu projeto de vida. No caso de Sra. B., foi compreendida e acolhida sua história, suas ocupações e o que o mesmo almejava para o futuro e foi a partir disso que foi possível criar vínculo e planejar um melhor atendimento a usuária.

Foi necessário que os estudantes e profissionais que acompanharam a usuária estivessem sempre atentos ao que ela demonstrava sentir e a todo seu contexto de vida. Foi realizada uma ação muito significativa para a construção desse vínculo no dia de seu aniversário, onde a dupla de discentes organizou uma festa de aniversário surpresa em sua casa, com a presença de professores e discentes do curso de Terapia Ocupacional. Neste dia a usuária trouxe novas informações, relatou sobre a solidão que sente principalmente pela ausência dos filhos e expressou já ter pensado em suicídio por algumas vezes. Em decorrência disso, nas visitas seguintes, foi solicitado o psicólogo e o farmacêutico residentes para avaliar a usuária e compreender com mais eficácia o quadro em que ela se encontrava para integralizar e dar continuidade ao cuidado.

Os atendimentos individuais com Sra. B. partiram de uma perspectiva da utilização das tecnologias leves. A escuta, o acolhimento e a criação de vínculo foram fundamentais no caso da usuária, tendo em vista que era a primeira vez que ela recebia visitas e era acompanhada por estudantes.

A Terapia Ocupacional pôde realizar um trabalho eficaz com a utilização dessas tecnologias. Foi realizada escuta qualificada da história de vida de Sra. B. de forma leve e natural na qual ela relatou suas experiências e com isso foi possível preencher protocolos, atualizar seus dados na unidade criar um modelo de intervenção mais próximo da realidade do usuário e que fosse mais aceito pela mesma, ao entender sua situação de saúde dentro do contexto que ela enfrenta. Além da escuta, foi realizado o acolhimento de suas demandas e para isso, buscou-se conhecer sobre a usuária, suas vontades e sonhos para intervir com mais eficiência. Ao observar sua casa, seus vizinhos e os objetos que a mesma tinha, era possível construir um diálogo sobre esses aspectos e gerar cuidado a partir disso.

Também foi importante ser trabalhado a criação de vínculo não apenas com os profissionais que a visitava, mas também para a melhoria da relação de Sra. B. com a unidade de saúde. Na medida em que as visitas aconteciam, eram elencadas as necessidades da usuária como receitas, dispensa de medicamentos e consultas com os profissionais da unidade e todas as demandas eram passadas em reuniões de equipe na unidade e discussões de casos para promover a integralidade do cuidado e estreitar o vínculo do usuário com a unidade. Em algumas reuniões o caso de Sra. B. era discutido com todos os profissionais que poderiam ajuda-la, estudantes e agentes comunitários de saúde (ACS) para levar soluções a usuária e melhorar a qualidade de vida da mesma.

Esse vínculo foi estabelecido também por meio da escuta e do protagonismo de Sra. B. em todo processo, ou seja, sua participação ativa no tratamento trazendo aos estudantes sua vida e o que era melhor para si, tendo em vista que quem mais sabe do seu contexto de vida é a própria usuária.

Segundo Marques e Lima (2004), não há como mudar essa realidade do sistema se os todos profissionais não mudarem suas práticas e suas maneiras de ver o usuário, colocando-o como protagonista de todo o seu processo sem ser apenas receptor de um saber, acolhendo o

que ele traz e seus saberes e dando significado ao mesmo permitindo que o usuário seja o centro do cuidado.

Na medida em que a usuária relatava sua história a cada visita e se sentia cuidada, foi possível identificar demandas para além do que já estava previsto em protocolos e prontuários. Com essa abordagem, foi possível notar o quanto sua saúde mental estava fragilizada e com isso as intervenções terapêuticas foram repensadas: foi proposto a ideia rever seus medicamentos que lhe causavam muita dependência e também a usuária foi encorajada a ser mais ativa e retomar sua participação em atividades propostas pela sua igreja, que tem grande significado para Sra B.

Com isso, também foi possível evitar os encaminhamentos e a passagem dessa usuária por outros níveis de complexidade, tendo em vista que quando compreendemos a situação de saúde e acolhemos as demandas, identificamos com mais precisão o que a usuária precisa, evitando os exames, encaminhamentos e medicamentos precocemente prescritos e por vezes sem necessidade.

Todavia, o uso de um novo paradigma ainda é desafiador, tendo em vista que para Sra. B. ainda há uma supervalorização e reconhecimento do uso de medicamentos como única resolução para problemas de todas as ordens, o que gera um impacto no reconhecimento de outras formas de cuidado e dificulta o estabelecimento de confiança na terapêutica de discentes e docentes de outros cursos. Porém, ao final das práticas do semestre, Sra. B. expressou reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos discentes e demais profissionais envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura centrada no tratamento medicamentoso e ambulatorial principalmente nessa faixa-etária impacta a operacionalização de novas práticas em saúde, pois o foco está culturalmente atrelado às questões biológicas e ao tratamento da doença resultando em um olhar empobrecido as demais dimensões do ser humano.

Com a atuação da Terapia Ocupacional, foi possível utilizar as tecnologias leves como a escuta, acolhimento e criação de vínculo entre usuário e estudantes e entre usuário e a unidade de saúde, observou-se benefícios em todas as áreas da vida do usuário, com destaque para o âmbito da saúde mental.

A utilização de tecnologias leves mostrou reverberar em todas as áreas da saúde do usuário, além de proporcionar a utilização mais eficaz da atenção básica, evitando assim o encaminhamento para outros níveis de complexidade desnecessariamente.

Portanto, mostra-se necessário a continuidade e aprofundamento dos estudos sobre o tema, pois fica evidente que é essencial realizar escuta qualificada e acolhimento em todo processo de trabalho na saúde, pois é partindo dessa perspectiva que será possível enxergar com mais clareza as demandas do usuário e entender todo o contexto que o mesmo está inserido, para realizar, portanto, intervenções mais eficazes e de maior resolutividade.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Saúde do Idoso, Tecnologias leves, Trabalho em saúde, Atenção Básica

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da pessoa idosa:** prevenção e promoção à saúde integral. Brasília, DF, 2018.

FERRI, Sonia Mara Neves et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 515-529, 2007.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 25, n. 1 (abr. 2004), p. 17-25, 2004.

MERHY, E.E. FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, p 316-323, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MEHRY, E.E. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

REIS, Fernanda; GOMES, Mariana Leme; AOKI, Marta. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 20, n. 3, 2012.

ROCHA, Eucenir Fredini; PAIVA, Luzianne Feijó Alexandre; DOS HUMILDES OLIVEIRA, Renata. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias/Occupational Therapy in Primary Health Care: responsibilities, actions, and technologies. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 20, n. 3, 2012.