



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

JOYCE PEREIRA DE OLIVEIRA

**TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
RELACIONADA A SAÚDE DO IDOSO: REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

JOYCE PEREIRA DE OLIVEIRA

**TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
RELACIONADA A SAÚDE DO IDOSO: REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professor Orientador: Josenaide Engracia dos Santos

Brasília – DF

2018

JOYCE PEREIRA DE OLIVEIRA

**TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
RELACIONADA A SAÚDE DO IDOSO: REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Titulação, Nome completo

Orientador (a)

Titulação, Nome completo

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília,.....de.....de.....

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu amado Deus, por todo amor e cuidado, por nunca ter desistido de mim. Aos meus queridos pais, por todo esforço, dedicação e empenho que sempre tiveram em nos proporcionar o melhor, apesar de todas as dificuldades e humilhações sofridas. Vocês, meus pais, são meu exemplo, minha inspiração e um dia irei retribuir tudo, eu prometo e amo incondicionalmente vocês. Ao meu falecido avô José Soares, pelos sonhos que cultivou em meu coração. Ao meu padrinho Gonçalo, por sempre ter estado presente, me ajudando, me incentivando, deixando seu emprego para me levar marmitas. Agradeço a minha querida e amada amiga Fernanda, por todo amor que me dedicou, pela parceria todos esses anos, por ter confiado em mim e ter sido meu refúgio e força em diversos momentos, eu te amo. A minha amiga Luísa que sofreu e compartilhou comigo intensas experiências que iniciaram no estágio e agora se estendem para a vida, obrigada minha amiga, amo você. As professoras mais lindas do mundo: Josenaide, Grasielle e Daniela por me ensinarem não somente uma profissão, mas viver, ser mais humana, ir além, confiar em mim. Levarei vocês comigo por onde for. Gratidão UnB por todo aprendizado e conhecimento que me proporcionou, você transformou a minha vida e hoje sou outra pessoa totalmente diferente da que entrou. Gratidão a todos os professores, colegas e servidores que se dedicam em favor da nossa educação.

“Tudo posso naquele que me fortalece”.

Filipenses 4:13

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo, dissertar acerca do atendimento da Terapia Ocupacional na Atenção Básica com o Idoso nos últimos 5 anos através de revisão de literatura. Trata-se, portanto, de um estudo de natureza qualitativa, exploratório, que visa também conhecer as principais ações, estratégias e recursos da profissão e discutir as potencialidades da mesma no âmbito da Saúde do Idoso. Para tal foi realizada uma revisão de literatura nas bases, SCIELO e LILACS utilizando três descritores, a saber: terapia ocupacional, atenção primária à saúde e idoso. Foram selecionados três estudos e analisados os seus conteúdos no que tange os objetivos da pesquisa e discutidas três temáticas principais: Ações de Terapia ocupacional na Atenção Primária; Os recursos utilizados pela Terapia Ocupacional na Atenção primária; Estratégias utilizadas pela Terapia Ocupacional no Atendimento ao Idoso na APS. Elencou-se a importância deste profissional no contexto da Atenção Primária atuando na saúde do idoso e os desafios encontrados pelo mesmo nesse processo. Observou-se que o Terapeuta Ocupacional dispõe de olhar integralizado e agrega valor qualitativo às propostas abrangentes de saúde do SUS, e que suas ações são concatenadas e efetivas.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Atenção Primária à saúde. Idoso

ABSTRACT

This study aimed, lecturing about the attendance of occupational therapy in primary care with the elderly in the past 5 years through review of the literature. It is, therefore, a qualitative, exploratory study, which also aims to meet the main actions, strategies and career resources and discuss the potential of the same in the field of health for the elderly. For such a review of the literature in the bases, SCIELO and LILACS using three descriptors, namely: occupational therapy, primary health care and elderly. Three studies were selected and analyzed its contents regarding the objectives of the research and discussed three main themes: occupational therapy in primary health care; The resources used by the occupational therapy in primary health care; Strategies used by occupational therapy in Elderly care in APS. Presented the importance of this professional in the context of primary health care in health of the elderly and the challenges encountered by the same process. It was observed that the occupational therapist offers integrated and qualitative look adds value to comprehensive health proposals of SUS, and that their actions are concatenated and effective.

Keywords: occupational therapy. Primary health care. Elderly

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	9
2.OBJETIVOS.....	11
2.1. Geral.....	11
2.2.Específicos.....	11
3.REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1. Terapia Ocupacional.....	12
3.2. Atenção Primária.....	14
3.3 Terapia Ocupacional e o atendimento na Atenção Primária.....	16
4.METODOLOGIA.....	18
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
5.1. Ações de Terapia ocupacional na Atenção Primária.....	20
5.2. Os recursos utilizados pela Terapia Ocupacional na Atenção primária....	22
5.3. Estratégias utilizadas pela Terapia Ocupacional no Atendimento ao Idoso na APS.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
6 .REFERÊNCIAS.....	37

1. INTRODUÇÃO

Em 1917 um grupo de profissionais de diversas áreas, entre eles médicos, enfermeiras, arquitetos, assistentes sociais dentre outros, juntou-se a partir da concepção de que a ocupação poderia exercer papel de relevância na cura e na saúde, dando início a história da Terapia Ocupacional (TO)(GORDON, 2011).

No Brasil, de acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) a TO obteve regulamentação em outubro de 1969 e trata-se de uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos com disfunções cognitivas, afetivas, perceptivas e/ ou psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos.

MEDEIROS (2003) nos diz em seu estudo que a Terapia ocupacional realiza ações voltadas, principalmente, para o homem em suas atividades, ou seja, considera as atividades humanas como parte da construção do ser humano e procura entender a sua relação (do homem) com as atividades que o mesmo desenvolve e como afetam sua condição de vida e saúde.

Um dos campos de atuação da Terapia Ocupacional é a Atenção Primária à Saúde (APS) da qual faz parte desde a década de 90, quando foi inserida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (ROCHA; SOUZA, 2011). A APS pode ser compreendida, como uma estratégia organizacional do sistema de saúde, capaz de realizar ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, o tratamento dos problemas de saúde mais prevalentes e a reabilitação individual e coletiva (GUSSO; LOPES, 2012).

Dentre as ações da APS, destacaram-se as intervenções no campo da saúde do idoso, especialmente, devido ao fato de que o envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) até 2050 o número de indivíduos com mais de 60 anos poderá chegar à 2 bilhões (GUSSO; LOPES, 2012), dado que infere maior necessidade de ações de saúde voltadas a este público.

Estudos apontam que a qualidade de vida é esperada durante o processo de envelhecimento e tem contribuído para o conceito de “envelhecimento ativo”, proposto

pela World Health Organization (WHO, 2012) compreendido como um processo que objetiva otimizar oportunidades de acesso a saúde, a participação e a segurança daqueles que estão envelhecendo (FRANÇA, 2012; MURAKAMI, 2010).

Neste contexto, faz parte do rol de funções do Terapeuta Ocupacional lidar com uma abordagem diferente daquela utilizada pelo ponto de vista biomédico, mecanicista, inserindo no processo de intervenção questões culturais, sociais, econômicas, familiares inclusive espirituais. No atendimento ao idoso, o terapeuta ocupacional trabalha de forma a facilitar o mesmo, dentre outros objetivos a melhorar suas capacidades, tomar decisões assertivas, assegurando que ele tenha conscientização da realidade que o rodeia (AZEREDO;BRITO, 2006)

Assim, observa-se como relevantes o conhecimento e a contribuição desse profissional, Terapeuta Ocupacional, no que se refere a adaptações de ambiente, utensílios e meios de locomoção dos indivíduos que necessitem (NEISTADT, 2008), sendo estes aspectos importantes no que se refere a prevenção e promoção da saúde do idoso. E ainda, atividades desenvolvidas pelos terapeutas voltadas para a inserção e reinserção dos indivíduos na sociedade e no mercado de trabalho, podem possibilitar a geração de renda para os indivíduos (OLIVER; ALMEIDA, 2007), auxiliando o cuidador ou o próprio idoso na manutenção de suas finanças. Acrescentando, a TO compreende um conjunto de esforços dirigidos ao indivíduo e seu contexto, buscando utilizar os recursos e estratégias comunitárias para proporcionar o desenvolvimento de habilidades e competências para sua inserção e manutenção no meio social (NEISTADT, 2008).

Portanto, o presente estudo tem como objetivo descrever a produção científica acerca da Terapia Ocupacional na Atenção Primária relacionada a saúde do idoso, bem como, as principais temáticas levantadas pelas publicações a respeito da atuação da terapia ocupacional e discutir as principais estratégias utilizadas pelo terapeuta ocupacional no cuidado com o idoso.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL:

2.1.1. Descrever a produção científica acerca da Terapia Ocupacional na atenção primária.

2.2. ESPECÍFICOS:

2.2.2 Descrever as principais temáticas levantadas pelas publicações a respeito da atuação da terapia ocupacional na atenção básica;

2.2.3. Discutir as principais estratégias utilizadas pela terapia ocupacional no cuidado com o idoso.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Terapia ocupacional

Para Benetton (1991) o fato de a Terapia Ocupacional ser uma profissão que tem como recurso a atividade para orientar processos terapêuticos, acabou por ficar fortemente impregnada de caráter humanista. Ainda segundo a autora o uso da atividade para tratamento de pessoas com doenças mentais surgiu junto com a psiquiatria. Entre os séculos XVIII e as primeiras décadas do século XX, a ocupação dos pacientes era a principal técnica utilizada para enfrentar as desordens internas e externas acarretadas pela loucura, quando ainda não se usufruía de tratamentos medicamentosos (BENETTON, 1991).

O Terapeuta Ocupacional é um profissional atuante no campo da atividade humana, contempladas em ações essenciais como autocuidado, lazer, educação e trabalho. Entende-se esta atividade como espaço para criar, recriar e reproduzir um mundo humano, cujo processo envolve simbolismo, intenções, desejos e necessidades (MORAES; ARAGÃO; BARROS, 2004).

Medeiros (2003), afirma:

A Terapia Ocupacional, enquanto área de conhecimento e prática de saúde, interessa-se pelos problemas do homem em sua vida de atividades. Em outras palavras, considera as atividades humanas como o produto e o meio de construção do próprio homem e buscar entender as relações que este homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde” . (MEDEIROS , 2003).

O processo de implementação da terapia ocupacional, enquanto profissão, ocorreu mais intensivamente após a 2ª Guerra (SOARES, 1987) com sua regulamentação em outubro de 1969 (COFFITO). Segundo a Resolução CNE/CES de 2002, Art. 6º a formação do TO deve estar relacionada com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrada à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em terapia ocupacional.

3.2 Atenção primária à Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção que surge na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata na década de 70. A APS se constitui como principal porta de entrada do sistema de saúde e tem como atributos: a continuidade, a integralidade, a coordenação, a centralidade na família, a orientação para a comunidade e a adequação cultural na atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Segundo Reis et. al, a Atenção Primária passou por momentos importantes durante seu processo de implantação, como na década de 70 durante o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, um período que caracterizou pela luta de movimentos sociais e preconizou a reorganização dos serviços básicos de saúde reivindicando novas medidas sociais, e culminando no processo de redemocratização do país. Esse manejo resultou na proposta e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o que diz a Constituição Federal de 1988, que assegura legalmente a assistência à saúde como direito de todos os cidadãos (REIS et al., 2012).

O Programa de Saúde da Família obteve normatização em 1996, posteriormente temos a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual reorienta o modelo assistencial até então disposto, trazendo a proposta de implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, passando a ter uma concepção de atenção à saúde ampla e visando à integralidade. A ESF define ainda como generalista o profissional médico da atenção básica e os agentes comunitários de saúde (ACS) como profissionais mais próximos da comunidade, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde/doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Para apoiar a ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que tem por responsabilidade central trabalhar e intensificar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação popular, território, integralidade, controle social, educação em saúde, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

De acordo com a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o NASF seria dividido em duas modalidades. O NASF 1 composto por no mínimo cinco profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional. E NASF 2 com no mínimo três profissionais, a saber: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2010).

No âmbito do SUS, a modalidade NASF 3 foi criada a partir da Portaria GM/MS nº 2.843, de 20 de setembro de 2010, tendo como prioridades a atenção integral em saúde e a saúde mental, contemplando usuários de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2010). As Portarias GM/MS nº 154/2008 e 2.843/2010 foram revogadas pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 2 de outubro de 2011. Assim o NASF passou a ser estruturado em apenas duas modalidades: NASF 1 e NASF 2 (BRASIL, 2011).

O principal objeto de trabalho empregado pela equipe do NASF é o apoio matricial. Campos e Domitti (2007), elucidam que esse apoio pode acontecer de duas formas, uma pela assistência especializada ao usuário nas situações que demandam complexidade maior e a segunda ocorre pelo oferecimento de suporte técnico pedagógico (CAMPOS; DOMINITTI, 2007).

A utilização do método apoio matricial tem como proposta ampliar a compreensão sobre o processo saúde/doença a partir da escuta e integração de diversos saberes e práticas, também auxilia a operacionalização de um modelo que entenda esses processos de forma mais conjunta (LANCMAN; BARROS, 2011).

A equipe de referência é formada de especialidades consideradas essenciais para o manejo de problemas de saúde dos usuários. Desta forma, a equipe de referência é constituída por diferentes especialistas e profissionais responsáveis de intervir sobre o mesmo objeto, problema de saúde, procurando somar objetivos comuns sendo atribuídos da realização de uma gama de tarefas, mesmo que atuantes em diversas formas de intervenção (CAMPOS; DOMINITTI, 2007).

3.2 Terapia ocupacional e o atendimento na atenção primária

A atenção básica à saúde é o nível de complexidade que está mais próximo do cotidiano dos usuários, nesse contexto, a terapia ocupacional pode desenvolver diversas ações que garantam a cumprimento dos princípios do SUS, da Assistência Primária, e mais especificamente das condutas do Núcleo de Saúde da Família.

Com a compreensão de uma APS abrangente, essa passa a realizar uma atenção à saúde universal, alçando a integralidade e a horizontalidade dentro dos sistemas de saúde, “com o objetivo de garantir a qualidade do cuidado, com ênfase na promoção, prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo a declaração Alma-Ata a APS leva o cuidado ao alcance do cidadão, onde as pessoas moram e trabalham. Logo favorecer as pessoas acessarem à participação comunitária e a conhecimentos necessários ao seu cuidado integral, pretende opor-se ao “elitismo da assistência médica” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em vistas a fortalecer os princípios organizativos do SUS, no ano de 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como política nacional de saúde. A ESF tem sob sua responsabilidade um determinado território, com uma população definida, que a partir “do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, intervém sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta” (BRASIL, 2010). Essa equipe é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo agregar mais especialidades.

O NASF se configura com equipes multiprofissionais que trabalham de forma integrada com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2010). No NASF temos uma equipe multiprofissional, com psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Este é organizado por áreas estratégicas a saber: “saúde mental; reabilitação e saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; assistência farmacêutica; intersetorialidade, redes sociais e participação cidadã; atenção integral à saúde da criança e do adolescente; atenção integral à saúde da mulher; práticas integrativas e complementares” (BRASIL, 2010). Dentro dessa equipe o terapeuta

ocupacional desenvolve atividades voltadas para promoção, prevenção e reabilitação à saúde com foco clínico assistencial.

Desde a sua formação o terapeuta ocupacional está preparado para compreender e para intervir nas dificuldades relacionadas à realização de atividades do cotidiano (NEISTADT, 2008). Além disso, é um profissional habilitado para trabalhar no NASF na lógica proposta do apoio matricial, podendo ter sua atuação baseada diretamente na comunidade (WFOT, 2003). Dessa maneira é possível proporcionar um olhar diferenciado sobre os indivíduos e suas problemáticas, ou seja, uma visão integralizada, com foco nas capacidades e no contexto no qual o indivíduo está inserido, obtendo como resultado novas perspectivas de resolutividade, de encaminhamento e de responsabilização compartilhada (SOUZA; VIEIRA, 2012).

Na resolução nº 407 de 2011, o COFFITO elucida que para trabalhar de maneira satisfatória na saúde da família, o TO necessitará:

“ter o domínio em planejar, coordenar, desenvolver, prescrever, acompanhar, avaliar e reavaliar as estratégias de intervenção terapêuticas ocupacionais a fim de prevenir doenças, promover a saúde, a independência e autonomia no cotidiano quanto ao desempenho ocupacional, atividades de vida diária e instrumentais de vida diária, trabalho e lazer, acessibilidade, desmonte de processos de segregação e exclusão social, justiça ocupacional, emancipação social, desenvolvimento socioambiental, econômico e cultural e estimular a participação e inclusão social da pessoa, família, grupos e comunidades em atividades culturais, expressivas, econômicas, corporais, lúdicas e de convivência” (COFFITO, 2011).

Observa-se então, que o TO tem papel fundamental na produção da linha de cuidado em que a população abrangente irá percorrer a partir de sua entrada no serviço. Chama-se de linha de cuidado o percurso que um sujeito realiza na rede de saúde, incluindo serviços não necessariamente do setor da saúde como, por exemplo, aqueles oferecidos por entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO; MAGALHÃES; JUNIOR, 2003).

3.3 Terapia ocupacional atenção primária e atendimento do idoso

Segundo Esquenazi, Silva e Guimarães (2014), às alterações fisiológicas causadas pelo processo de envelhecimento são inerentes e resultam em crescentes limitações ao desempenho no desenvolver de atividades básicas de vida diária. Em decorrência disso, os idosos constituem o grupo etário que mais utiliza os serviços de saúde, visto que, apresentam uma maior prevalência de doenças agudas e/ou crônicas, dessa forma requerendo cuidados médicos e terapêuticos mais frequentes (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

É importante que se conheça as necessidades da terceira idade, principalmente dentro da comunidade, assim como, os fatores que determinam o uso dos serviços de saúde e as condições sociais, para que possa dar subsídio ao direcionamento da atenção à saúde a essa população (MATOS; COSTA, 2007), por isso, a promoção à saúde na comunidade requer dos profissionais avaliação detalhada e conhecimento territorial, pois “auxiliam na identificação de problemas, além de facilitar o planejamento de assistência específica ao idoso com suas particularidades fornecendo subsídios para a implementação de políticas públicas” (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Esse processo de conhecimento e identificação citado acima é característico dos serviços dispostos na Atenção Primária à Saúde, pois, conhecendo a realidade sanitária dessa população a APS subsidia suas ações, promovendo uma assistência à saúde resolutiva e de qualidade às pessoas idosas (PAZ; SILVA; MORATELLI, 2015).

Essa característica da APS ratifica o terapeuta ocupacional como um profissional de inserção essencial nessas equipes, pois, as ações da Terapia Ocupacional na Atenção Básica se configuram as mais diversas, considerando a complexidade das demandas encontradas no contexto da Atenção Primária.

De acordo com o COFFITO os objetivos gerais da terapia ocupacional na gerontologia são: “Integrar a pessoa em idade avançada à sua própria comunidade, tornando-a o mais independente possível; Incentivar, encorajar e estimular o idoso a continuar fazendo planos, ter ambições e aspirações; Manter o idoso na comunidade, em contato com pessoas de todas as idades, promovendo relações interpessoais; Contribuir para o ajustamento psico emocional do idoso e sua expressão social; Manter o nível de atividade, alterando o ambiente se necessário; Enfatizar os aspectos preventivos do envelhecimento prematuro e de promoção de saúde; Reabilitação do idoso com

incapacidade física e/ou mental”. Dentre outros manejos que serão definidos com o desenrolar do processo terapêutico. Podendo-se incluir também o enfoque dado pelos TOs na construção e ou estabilidade de grupos nos centros de saúde e no território, com vistas, a ampliar e promover a efetividade dessas ações.

O terapeuta ocupacional projeta seu olhar clínico ao idoso do centro de saúde de forma integralizada, dessa forma, uso da atividade ou do recurso que conduzirá o processo terapêutico, é condicionado e direcionado não só pela situação clínica, como pelas necessidades da pessoa, pelos projetos de vida, pelo contexto em que ela se insere, pela sua situação familiar, pelas redes de apoio das quais ela dispõe, desejos e pelo vínculo do usuário com o profissional.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, com revisão bibliográfica e de abordagem qualitativa. Para elaboração do presente trabalho houve a necessidade em definir o procedimento de estudo, que tem como escopo buscar soluções para a problemática por meio da utilização de métodos científicos, para tanto, o método de abordagem utilizado foi o dedutivo, partindo-se da teoria geral para explicar o particular.

Neste diapasão, Vianna (2001, p. 95) nos elucida que, “a metodologia pode ser entendida como a ciência e a arte de como desencadear ações de forma a atingir os objetivos propostos para as ações que devem ser definidas com pertinência, objetividade e fidedignidade”.

Assim, a metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho acadêmico foi a qualitativa, ou seja, aquela que não pode ser traduzida em números, na qual pretende verificar a relação da realidade com o objeto de estudo, alcançando várias interpretações de uma análise.

Nesse sentido, Richardson (1989, 29) nos elucida que:

(...) método em pesquisa significa escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos. Desta forma, todo trabalho de pesquisa deve ser planejado e executado de acordo com as normas que acompanham cada método (RICHARDSON, p.29, 1989)

Para Lakatos e Marconi (2003), a pesquisa bibliográfica tem por fim colocar o pesquisador em contato direto com o que já foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto.

Neste sentido, o presente trabalho foi desenvolvido pela pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório, através de uma revisão de literatura, para a qual foi utilizada uma busca online, por meio das bases de dados eletrônicas: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e nas bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online (Scielo).

A busca se iniciou pelo cruzamento dos descritores seguindo ajustes conforme as bases de dados, a fim de aumentar sua sensibilidade e precisão. A seleção foi realizada por meio da leitura prévia dos títulos e resumos. Posteriormente, foi feita uma leitura

aprofundada dos textos na íntegra para decidir se seriam inclusos. Os descritores utilizados foram “*terapia ocupacional*”, “*atenção básica*” e “*idoso*”.

Os critérios de inclusão foram: artigos na língua portuguesa, com disponibilidade de texto completo, publicados entre 2013 e 2017. Foram excluídas do escopo deste estudo as publicações em forma de resumo de dissertações ou teses, editorial, artigos e resumos incompletos, estudos em outras línguas e os artigos repetidos nas bases de dados elencadas.

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. Para Bardin (1979), citada por Minayo (2008), a análise de conteúdo se define como uma coleção de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Desta forma, então, os dados foram organizados em tabela, categorizados e analisados e interpretados segundo o seu conteúdo em consonância com os objetivos do presente estudo, permitindo também tornar válidas e replicáveis as inferências sobre os dados encontrados (Minayo, 2008).

Quadro 1. Dados da pesquisa bibliográfica.

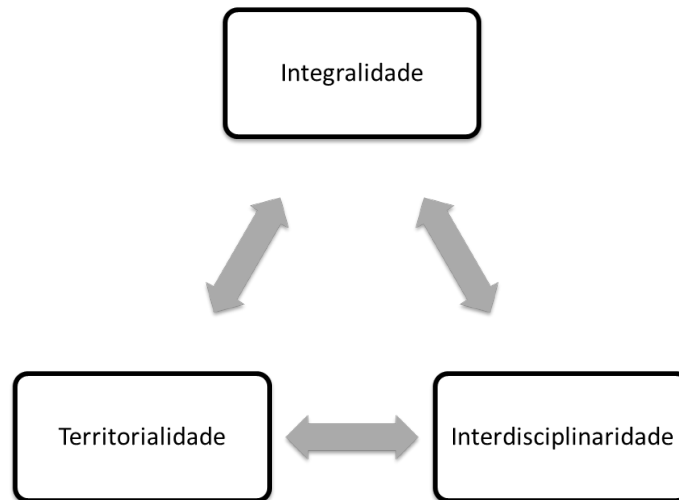
Base de Dados	Nº de Artigos	Artigos Excluídos	Total da Amostra
Scielo	170	168	2
Lilacs	10	9	1

A partir da leitura dos artigos selecionados e dos objetivos elencados, buscou-se os temas mais recorrentes às ações da Terapia Ocupacional na atenção primária, em relação ao atendimento da pessoa idosa dentro do conteúdo de cada artigo. Visando identificar elementos de como a Terapia Ocupacional contribui na APS em benefício do idoso e quais recursos utiliza, bem como o objetivo de suas ações surgiram duas categorias para o desenvolvimento do conteúdo, sendo elas: Habilidades e/ou Competências da Terapia Ocupacional na Atenção Primária e Estratégias utilizadas pela Terapia Ocupacional no Atendimento ao Idoso na APS.

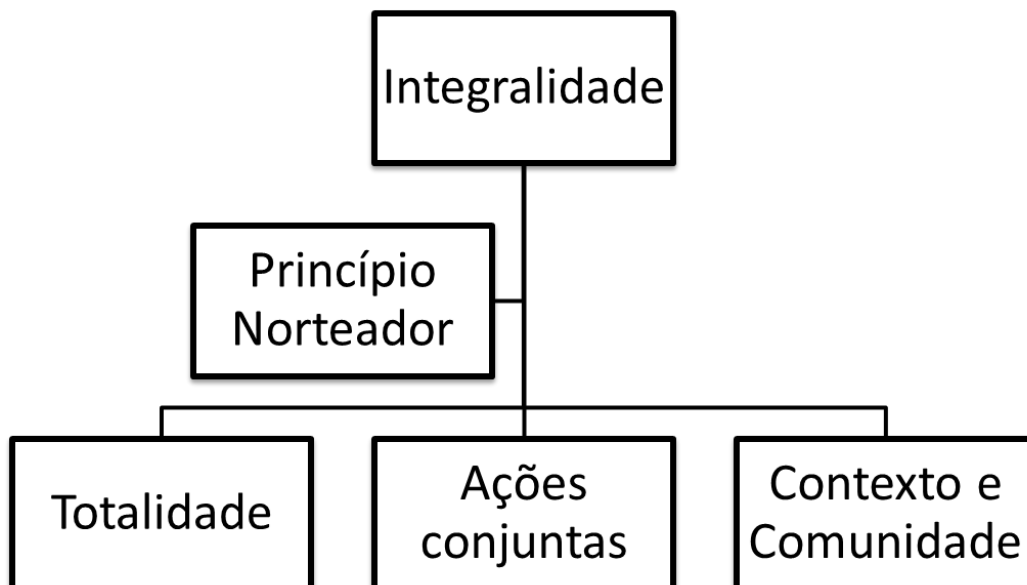
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o período de 2013 a 2017 de publicação dos 03 artigos, foram encontrados n=1 artigo em 2013, n=1 artigo em 2015, n=1 artigo em 2017. Um estudo de caso (BAISSI; MAXTA, 2013), uma pesquisa qualitativa (ALVES; PAULIN, 2015), e um levantamento bibliográfico (CASTRO; TAMANINI, 2017). Para melhor organização, os dados foram descritos conforme apresentados no quadro a seguir, posteriormente, a discussão das categorias.

Nº	Autor	Título	Ano	Revista	Objetivos	Base de dados
1	CASTRO & TAMANINI	A importância da Terapia Ocupacional na promoção da saúde de idosos para a manutenção da qualidade de vida: uma revisão da literatura	2017	Ling. Acadêmica, Batatais, v. 7, n. 7, p. 99-111, jul./dez. 2017	Reunir algumas estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde na atenção primária ao idoso, bem como mostrar a importância da Terapia Ocupacional na promoção da saúde e os fatores que influenciam na qualidade de vida dessa população.	Lilacs
2	ALVES & PAULIN	Linha do cuidado ao idoso na atenção primária à saúde: uma perspectiva das ações da terapia ocupacional	2015	Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 571-580, 2015	Verificar as ações e identificar a linha do cuidado na assistência da terapia ocupacional com idosos na Atenção Primária à Saúde	SciELO
3	BAISSI & MAXTA	Experiência da Terapia Ocupacional no cuidado familiar em um serviço de Atenção Primária em Saúde	2013	Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 413-422, 2013	Descrever as intervenções do Processo de Terapia Ocupacional no cuidado familiar em uma Unidade Básica de Saúde.	SciELO



4.1 Ações de Terapia ocupacional na Atenção Primária.



Os estudos descritos discutiram acerca da inserção do Terapeuta Ocupacional na Atenção Primária com o idoso, apontando diversas temáticas, contextualizadas e semelhantes, apesar de apresentarem regiões demográficas distintas.

Os três achados fazem referência a princípios norteadores das ações do TO na APS, que vão de encontro aos concepções e condutas do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no princípio da Integralidade. De acordo com o Ministério da Saúde, tal conceito visa o atendimento das necessidades do sujeito, em sua totalidade. Para isso,

faz-se necessário o desenvolvimento de ações envolvendo diversas áreas do saber, dentre elas, a saúde, sociais e governamentais.

Nesse sentido Alves e Paulin (2015), discorrem da produção da linha de cuidado ao idoso realizada pelo Terapeuta Ocupacional na Atenção Básica em Uberaba -MG. De acordo com a pesquisa, realizada com seis TOs do município, as ações desses profissionais estão direcionadas a população, a equipe e ao território e permeadas, dentre outros, pelo princípio da integralidade.

Baissi e Maxta (2013), ratificam essa informação ao descreverem, em seu estudo de caso, a necessidade de abordagem do sujeito, seu contexto e da comunidade em que está inserido, em consonância com o trabalho em equipe, podendo-se inferir que ao unir estes pontos, busca-se prestar um atendimento totalitário, que corrobora, com a conclusão de Castro e Tamini (2017), afirmando que as atividades desenvolvidas na APS pela TO são voltadas ao benefício da saúde física, mental e social dos idosos, de forma mais ampla, para sua qualidade de vida. As ações eram realizadas na residência dos idosos, dentre outros motivos, devido a dificuldade de locomoção independente dos mesmos. Isso porque os idosos brasileiros envelhecem em condições heterogêneas, quanto a suas capacidades físicas, mentais e sociais e ao contexto psicossocial (DIAS;DUARTE; LEBRÃO, 2010).

Nesta vertente surge as ações de Territorialidade. Dois dos estudos expõem que é primordial para o trabalho do terapeuta ocupacional a compreensão do território em que atua. O escrito de Alves e Paulin (2015), traz discursos muito interessantes a respeito dessa temática, segundo os autores os profissionais objetivam conhecer e compreender o contexto, os sujeitos, a família e a visão da equipe sobre o território, além de, identificarem pessoas que estejam em vulnerabilidade. Baissi e Maxta (2013) coadunam abordando a relevância do conhecimento sobre o espaço físico em que o indivíduo está inserido, como também, apontando o território como potência para o desenvolvimento de atividades significativas e como o sujeito se relaciona com ele, que nos remete a reflexão sobre o conceito de território existencial, o qual não se trata apenas do espaço físico em si, mas dos modos de vida que ali as pessoas reproduzem, do pertencimento do indivíduo sobre aquele lugar. Segundo Guattari e Rolnik (1986), “o território pode

ser relativo, tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente *em casa*” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 323) ratificando o sentimento de pertença já mencionado.

Atuar sobre o território, conhecê-lo em suas especificidades e ainda prestar um atendimento de forma integral requer do TO um trabalho interdisciplinar. As ações voltadas a interdisciplinaridade surge entre os artigos como fator positivo e em alguns momentos desafiador. Baissi e Maxta (2013), colocam como um dos pontos de partida para a construção do projeto terapêutico os conhecimentos prévios da equipe a respeito daquele paciente e a articulação entre profissionais para traçar uma intervenção mais eficaz. Alves e Paulin (2015) nos trazem reflexões de como as ações feitas em equipe são benéficas aos usuários do serviço, pois possibilitam melhor planejamento de intervenções, favorecem a comunicação tanto entre profissionais quanto com os clientes, além de proporcionar melhor gerenciamento do cuidado. Por outro lado, Castro e Tamini (2017), discorrem da interdisciplinaridade como um desafio, as autoras concluem que existe uma dificuldade no relacionamento do terapeuta ocupacional com outros profissionais dentro da atenção básica e que isso se deve a visão ampliada do terapeuta nesse contexto e da ainda existente falta de conhecimento do papel do TO por outras profissões. De acordo com as autoras tal comportamento influencia de forma negativa a comunicação, a identificação dos problemas e a construção de projetos comuns (CASTRO; TAMINI, 2017), considerados relevantes pelos estudos citados anteriormente.

É unânime entre os estudos que a atuação do terapeuta ocupacional é essencial na atenção básica, infere-se isso, pelas contribuições citadas, porém, é importante ressaltar que a escassez de profissionais e de estudos na área são fatores dificultadores. Os estudos trouxeram apontamentos importantíssimos nessa vertente. Já no início de seu escrito Alves e Paulin (2015) nos chamam a atenção para a escassez de TOs no município em que a pesquisa fora realizada, ratificando tal informação como desafio em sua conclusão, observa-se que um maior número de profissionais poderia nos subsidiar resultados e discussões ainda mais ricas. Baissi e Maxta (2013) ao descrever a equipe disposta no serviço citam a terapia ocupacional representada pelo apoio das equipes de estágio supervisionado da universidade em questão, não havendo referências de

profissional (terapeuta ocupacional) alocado na unidade. O que nos leva a refletir sobre o quão benéfico esse profissional poderia dispor a comunidade e como ainda é preciso que essa categoria esteja engajada em lutas e discursos políticos que favoreçam sua contratação. Castro e Tamini (2017), abordam ainda a escassez de estudos a respeito da terapia ocupacional na APS, apontando que o TO não escreve sobre suas ações no contexto de atenção primária à saúde e que esse engajamento poderia diminuir as dificuldades relacionadas à falta de conhecimento da profissão na APS.

Assim, percebe-se que as ações realizadas pelos terapeutas ocupacionais dentro da APS são abrangentes e correlacionadas. Tais condutas envolvem a população, a equipe e o território que são atingidos por meio de estratégias e recursos pensados minuciosamente pelo TO para construção do cuidado (ALVES; PAULIN, 2015). As atuações envolvem promoção, prevenção e educação em saúde, além de, fortalecerem o vínculo dos usuários com a unidade e requerem do TO atuar em antecipação ou na vigência das mudanças decorrentes da terceira idade de forma que possa auxiliar o idoso a manter ou recobrar atividades significativas em seu cotidiano (CASTRO; TAMINI, 2017). Nesse sentido o raciocínio clínico do terapeuta ocupacional permeia e é primordial para o planejamento e sucesso das atuações do profissional na atenção básica (ALVES; PAULIN, 2015; BAISSI; MAXTA, 2013).

4.2 Os recursos utilizados pela Terapia Ocupacional na Atenção primária

Pesquisando o dicionário Aurélio, encontra-se a palavra recurso definida como: “auxílio, ajuda; meio para resolver um problema”. Watanabe, Tsukimoto e Tsukimoto (2003) trazem que na prática da Terapia Ocupacional utilizamos o termo recurso terapêutico para “designar todo e qualquer dispositivo que vise a aquisição ou ampliação de autonomia e independência de um indivíduo suas ações do cotidiano”. Baseado neste conceito, o quadro abaixo traz os recursos citados nos três achados, em seguida, discorre sobre cada dispositivo.

Grupos de Idosos;

Rodas de Conversa;

Treinos de Atividades de Vida Diária e/ou Prática;

Orientações para transferência;

Confecção de Órteses e meios auxiliares de locomoção;

Rastreio Cognitivo;

Genograma e Ecomapa;

Referência e Contrarreferência;

Grupos de Idosos

Segundo Cavalcanti e Galvão (2007), grupo em terapia ocupacional é caracterizado pela presença dos participantes e do terapeuta em determinado local e horário, para a realização de uma atividade, esse pode adquirir temas e formas variadas. Pena e Santo (2006), apontam que conviver em grupo beneficia tanto o equilíbrio biopsicossocial da pessoa idosa, quanto atenua possíveis conflitos existentes em esferas pessoais, assim como, no ambiente em que vive.

Grupos direcionados para idosos e pacientes com problemas crônicos de saúde, possibilitam a participação ativa de seus participantes no processo terapêutico, nos diz Hasselkus (1998).

Destacam-se entre as temáticas com idosos na APS, os grupos voltados a promoção de saúde, que se caracterizam como um conjunto de pessoas, que se relacionam com a intenção de realizar uma tarefa voltada à promoção de uma vida saudável (SANTOS E COL, 2006). Isso ratifica os achados de Castro e Tamini (2017), que apontam a melhora de aspectos físicos e biológicos a partir de práticas grupais como recurso para promover saúde agindo de forma a contribuir para a vida do idoso.

O conforto proporcionado pelo envolvimento do idoso em atividades grupais possibilita que ele troque experiências e propicia uma maior conscientização para o autocuidado (CASTRO; TAMINI, 2017). Para Garcia e colaboradores (2005), os grupos auxiliam a criação do vínculo entre profissional e usuário, intervindo de forma positiva na aceitação do tratamento e também nas medidas de prevenção adotadas. Castro e Tamini coadunam e acrescentam que a criação de vínculos se estabelece também com outros pacientes, favorecendo a criação de um suporte de apoio.

De acordo com Pena e Santo (2006), os índices relacionados ao aumento da perspectiva de vida e da qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento não se atém somente à tratamentos médicos, mas à vivência e os sentimentos proporcionados pelos grupos na atenção primária.

Samea (2008) contribui com o olhar terapêutico ocupacional:

O espaço grupal possibilita o contato e o reconhecimento do próprio fazer, seus limites e facilidades; a observação do fazer do outro, a percepção de semelhanças e contrastes, e a potencialização do fazer junto. Nessa travessia, as múltiplas identificações e fantasias que entram em cena nos processos de interação conferem ao espaço grupal um contínuo movimento, um permanente interjogo, um efeito motor, no sentido de provocar e potencializar transformações. As produções podem favorecer o registro da memória dos processos, das vivências grupais e do que elas atualizam, oferecendo-lhes certa concretude (SAMEA, p. 88, 2008).

O terapeuta ocupacional utiliza o grupo como recurso para promover saúde; abordar assuntos importantes em educação em saúde, como os cuidados com diabetes e hipertensão; prestar cuidado aos familiares e cuidadores; promover participação social; lazer; trabalhar habilidades cognitivas, motoras, práxicas, sociais e comunicativas; regulação emocional, bem como, atividades instrumentais de vida diária (CASTRO; TAMINI, 2017; ALVES; PAULIN, 2015).

Rodas de conversa

A Roda de Conversa é um recurso caracterizado na constituição de espaços de diálogo, em que os sujeitos que participam possam se expressar e, além disso, promover escuta, no qual objetiva propiciar “a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação” (TAJRA; SANTOS, 2015).

Podem ser usadas não somente com os usuários, mas entre os profissionais que prestam serviço à comunidade, neste sentido, Melo et. al. (2016) apontam que as rodas surgem como “uma possibilidade de reflexão sobre como conhecimentos são produzidos no cotidiano, um caminho para novas compreensões na tessitura de novos fios para uma rede definitivamente incompleta, mutante e em expansão”.

Ainda segundo Melo et. al. (2016), a ferramenta é passível de aplicação coletiva, entre equipes multiprofissionais e usuários, mas também, discentes configurando-se como potente no desenvolvimento de atividades que promovem saúde. Esta vivência pode despertar o sujeito sobre a importância de sua participação como protagonistas de suas histórias de vida e como produtores de seu cuidado pessoal. Sendo assim, um recurso potente para terapia ocupacional da atenção primária, favorecendo a participação da comunidade de idosos, o autocuidado e a autonomia.

A conversação solidifica uma prática em que são respeitadas as representações sociais num ambiente conflitivo, cooperativo e formador de consensos, minimizando resistências quanto a escuta, reflexão e análise dos problemas concretos. Nas relações distintas da vida cotidiana, estão caracterizados os aspectos peculiares de cada lugar em seu contexto histórico, político e cultural que facilitarão a apreensão de novas formas de pensar, agir, fazer e promover saúde por meio de palavras, gestos e atos (MELO; col., 2016).

Tal recurso influencia positivamente a vida e saúde do idoso, promovendo maior empoderamento e autoconhecimento (CASTRO; TAMINI, 2017).

Treinos de Atividades de Vida Diária (AVDs)

Segundo o documento da AOTA (2008), as AVDs estão no rol das áreas de desempenho de ocupação e são essenciais para sobreviver em sociedade. Essas se dividem em: Banho, controle de esfíncteres, vestir-se, alimentação, comer, mobilidade funcional, cuidados com equipamentos pessoais, higiene pessoal e autocuidado, atividade sexual e uso do vaso sanitário.

De Carlo (2004), nos diz que a incapacidade funcional, da qual sofre o idoso pode ser decorrente de processos dolorosos, que afetam sua autonomia e a independência. Nesse sentido, Yeng (2001) ratifica e acrescenta que o tratamento para essa perda funcional requer intervenções em outros campos além do clínico. Pedretti e Early (2004) abordam que realizar Atividades de Vida Diária contribui para diminuir os efeitos do desuso e do repouso prolongado, assim como, de outros efeitos que possam surgir melhorando a resistência do sujeito.

Avaliando e identificando as necessidades funcionais do idoso, o TO trabalha com vistas a estimular as funções preservadas e desenvolver algumas formas de compensação para as funções alteradas, através do treino de atividades de vida diária, melhorando o desempenho funcional do idoso e reduzindo o declínio de funções.

O foco da Terapia Ocupacional está, então, nas habilidades de desempenho funcional, abrangendo os aspectos sensório-motores e os componentes cognitivos que são essenciais para a realização das atividades cotidianas (BARRETO; TIRADO, 2002). O TO orientado por um objetivo, estabelece metas de acordo com as necessidades do paciente, estruturando e sequenciando as rotinas estabelecidas (FERRARI, 2001).

Também faz parte do processo que o terapeuta ensine o paciente a analisar as partes da tarefa na qual ele está realizando, assim como seus erros, de forma a garantir o aprendizado e a correta execução da atividade, evitando prejuízos funcionais em decorrência de mal posicionamento ou até mesmo de acidentes domésticos, bem como, estar atento ao ambiente para o treino das tarefas (ANAUATE, 1998) realizando possíveis modificações ambientais, se esse for o caso.

As modificações ambientais devem preservar a privacidade do paciente; a independência no vestir, permitindo maior visualização e organização das roupas, numa sequência que poderá ser treinada com mais facilidade; pode-se modificar também o banheiro de forma que permita maior conforto (PERRACINI, 2002) considerando a situação familiar.

Orientações para transferência

Orientações para transferência na atenção primária é um recurso utilizado pela terapia ocupacional para diminuir a imobilidade e prevenir incapacidades geradas pelo processo de envelhecimento e pela situação de saúde do idoso (SANTOS; ALMEIDA, 2006).

Esse recurso contribui para o prolongamento da realização do autocuidado. Segundo Orem (1991) o autocuidado se dá com a prática de atividades realizadas pelos próprios indivíduos em seu benefício, e promoção de sua qualidade de vida. Administrar suas próprias atividades configura-se como prática de autocuidado (ALMEIDA, 2003).

Segundo o manual do cuidador (2012) disponibilizado pelo ministério da saúde, o posicionamento adequado propicia conforto, segurança e maior funcionalidade, sendo, o intuito que o idoso esteja posicionado de forma que facilite o seu manuseio, caso esteja acamado, evitando assim dores, e outras complicações na postura não só do paciente como de seu cuidador, ou favoreçam a prevenção de luxações, dores musculares, etc. Gollega, Luzo e Carlo (2001) coadunam que o posicionamento adequado durante todas as atividades é fundamental para a prevenção de deformidades.

Observando os limites impostos pelo corpo durante a realização das atividades do idoso em casa ou na comunidade o terapeuta busca valorizar as estratégias desenvolvidas pelos idosos para superar esses limites, buscando formular orientações de trocas de posturas, transferência de um local para outro, até mesmo de deambulação, bem como, o uso de dispositivos que auxiliem a troca de posturas (SANTOS; ALMEIDA, 2006).

O terapeuta pode orientar a família ou cuidador sobre a maneira adequada de realizar as mudanças de decúbito e deve auxiliar na organização da rotina do cliente,

conciliando posturas a serem adotadas com as atividades exercidas a cada momento, como o horário dos procedimentos, das refeições ou de outra atividade decorrente dos interesses do paciente (MOTTA; FERRARI, 2004).

Confecção de Órteses e meios auxiliares de locomoção

Para Bortolozzo e Souza (2011) uma das competências da atenção primária é gerenciar ações e serviços essenciais para a resolução de necessidades mais frequentes e mais complexas, sendo o TO capaz de apurar necessidades que precisem de serviços especializados, podendo então, elaborar pequenas adaptações ambientais, prescrição de cadeiras de rodas, inserção da comunicação alternativa no contexto do sujeito ou confecção de órteses.

As órteses, podem ser utilizadas na correção de contraturas, equilíbrio de forças musculares, estabilização biomecânica e favorecer a função manual (LUZO; LOURENÇÃO; ELUI, 2004).

Ressalta-se que o uso do recurso deve considerar as necessidades específicas do idoso, de forma que, estando esse imobilizado no leito, o trabalho do terapeuta ocupacional dar-se-á por meio do conhecimento da “doença de base e o quadro clínico apresentado; o tempo em que o sujeito permaneceu em repouso; a necessidade de continuar imobilizado; as complicações já desenvolvidas e como elas afetam o desempenho em atividades”; o local físico em que se encontra restrito ao leito, os interesses e expectativas do indivíduo e de sua família (CASEIRO; PERES, 2010).

A confecção de uma órtese exige que o terapeuta ocupacional tenha avaliado minuciosamente o cliente, identificando o membro afetado, a funcionalidade do sujeito na realização de diferentes atividades, avaliando também, força e resistência da musculatura, para assim, projetar um tipo de órtese adequado às necessidades da pessoa (AGNELLI; TOYODA, 2003).

O terapeuta ocupacional é responsável por treinar e controlar o uso do dispositivo, bem como, verificar se o mesmo atende a necessidade de quem irá utilizá-lo, identificando se está de acordo com o objetivo proposto e não restringe nenhuma outra função (AGNELLI; TOYODA, 2003), no entanto, as órteses que necessitem de maior complexidade e especificidades, são encaminhadas para outras esferas da atenção saúde

e acompanhados durante os atendimentos na APS.

Dessa forma o TO atua como um facilitador e pode desenvolver ações ligadas à “continuidade da assistência encaminhando-o e/ou recebendo-o de outros níveis assistenciais” (BERTOLOZZO; SILVA, 2011).

Rastreo Cognitivo

A dependência não envolve apenas componentes físicos, também estão incluídos fatores cognitivos, emocionais, sociais e econômicos (RAMOS, 2005). O déficit de cognição pode manifestar-se em decorrência do envelhecimento, a partir da moradia, situação socioeconômicas, cultura, escolaridade e das perdas biológicas inerentes ao tempo (PAULA; RIBEIRO; GUARIENTO, 2013).

Tais comprometimentos exigem um cuidado mais próximo, individual. Na atenção primária, os encaminhamentos de idosos para o serviço de terapia ocupacional no cuidado individual decorrem da ocorrência de quadros como: depressão, dificuldades de memória, dependência parcial ou total na realização de atividades, entre outros (ALVES; PAULIN, 2015), dessa forma, faz-se necessário a avaliação cognitiva desse idoso com vistas a identificar algum comprometimento a sua saúde mental, no qual esteja causando prejuízos a realização de suas atividades.

A literatura aponta o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) como a escala mais comum utilizada para avaliação da situação cognitiva do idoso, devido sua agilidade e simplicidade de aplicação. Para complementar a avaliação, destacam-se ainda o “Desenho do Relógio, o Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas e o Questionário Pfeffer (QPAF – Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional)” (SANTOS et al., 2010; MACÊDO et al., 2012; MARTINS et al., 2016).

O diagnóstico cognitivo é um recurso que contribui para a programação de estratégias que auxiliem o profissional a promover a promoção da saúde da pessoa idosa e a manutenção máxima das capacidades funcionais do mesmo (MACÊDO et al., 2012), sendo este potente para auxiliar o terapeuta ocupacional no planejamento de suas ações.

Genograma e Ecomapa

Segundo Wendt e Crepaldi (2008), o genograma é o esquema da família que descreve a disposição e o histórico familiar, as situações de saúde de cada indivíduo e as

peculiaridades das relações entre os membros da mesma. Consiste em elaborar a árvore familiar reunindo informações que possam ser relevantes para atendimentos na área de saúde (WRIGHT; LEAHEY, 2002; BAISSI; MAXTA, 2013). É uma representação, um desenho gráfico, que aponta o mapa familiar do paciente (WENDT; CREPALDI, 2008).

O recurso pode ser utilizado como instrumento importante na caracterização das famílias assistidas na Estratégia de Saúde da Família, para promoção de saúde das pessoas pertencentes à comunidade e auxilia na prevenção dos agravos que aparecem (ANDOLFI; ANGELO; MENGHI, 1984).

O genograma demonstra ser um instrumento que favorece a aproximação do profissional com o paciente e os familiares, sendo eficaz para verificação da composição familiar dos idosos e sua relação com os membros da família, (PAVARINI et al., 2008; BAISSI; MAXTA, 2013) facilitando o planejamento terapêutico e a compreensão da família sobre as doenças existentes em seu meio familiar (FILIZOLA; DUPAS; FERREIRA; PAVARIN, 2004).

O terapeuta ocupacional para o bom desenvolvimento do seu trabalho precisa que a família esteja aberta ao processo terapêutico, nesse sentido, a construção do genograma com a família auxilia que a mesma se expresse, favorecendo a criação do vínculo terapêutico, de forma, que a construção desse recurso pode ser realizada diversas vezes durante do processo a fim de apresentar as mudanças e ganhos familiares ao longo da terapia (BAISSI; MAXTA, 2013).

Referência e Contrarreferência

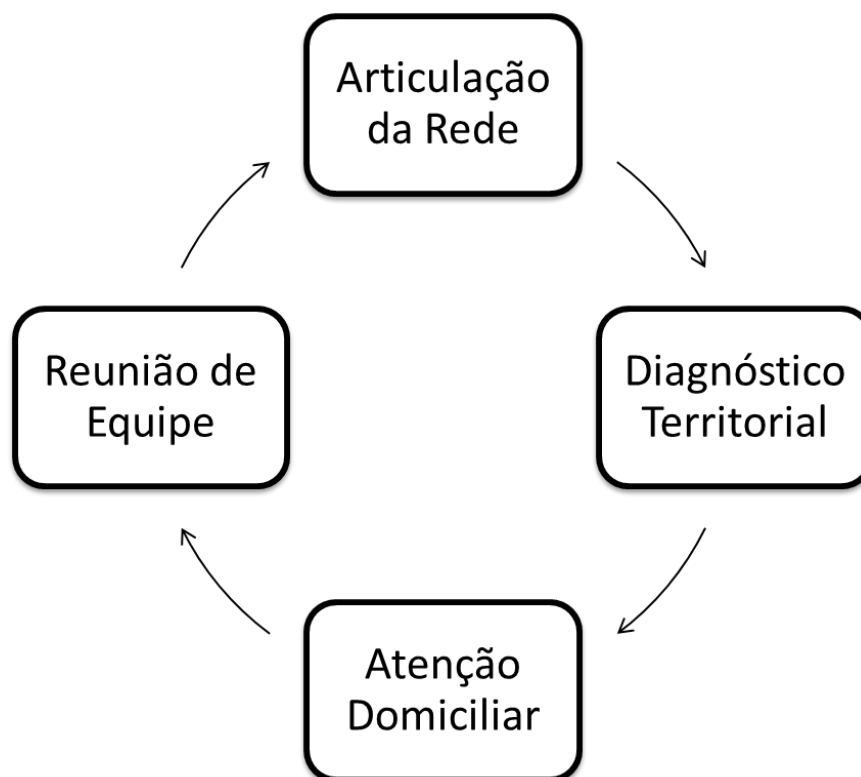
Outro recurso bastante utilizado na APS não só pelo terapeuta ocupacional, mas por outros profissionais de saúde com objetivo de promover a integralidade do cuidado é a Referência e a Contrarreferência, sendo que, esta decorre do retorno do paciente, de um nível de maior complexidade, para a unidade básica, aquela é caracterizada pelo encaminhamento das unidades básicas para outros níveis de atenção (SILVA et al., 2010).

Tal recurso exige dos profissionais do sistema único de saúde comprometimento mútuo do cuidado, em consequência do compartilhamento não somente do histórico clínico dos pacientes, como de resultados laboratoriais e suspeitas diagnósticas, além das intervenções realizadas em todas as esferas de atenção à saúde (FINKELSZTEJN et

al., 2009) e surge do esforço para garantir-se que o paciente tenha acesso a todas essas esferas de forma a contemplar todas as suas necessidades (VARGAS et al., 2010). Entretanto o uso desse recurso está condicionado ao bom andamento da estratégia de articulação da rede, na qual abordamos a seguir.

4.3 Estratégias utilizadas pela Terapia Ocupacional no Atendimento ao Idoso na APS.

Falar de estratégia abre uma discussão entre concepções teóricas, que vão desde as abordagens mais convencionais, que consideram estratégia como uma atividade lógica, racional e sequencial (CHANDLER, 1962). Podendo significar políticas, objetivos, táticas, metas, programas, entre outros, numa tentativa de exprimir os conceitos necessários para defini-la (MINTZBERG; QUINN, 1991) Então aqui serão descritos todos os objetivos, metas, e programas realizados no artigos de T.O para atendimento do idoso na atenção primária à saúde nos achados da pesquisa.



Articulação da Rede

Os serviços dispostos na atenção primária estão permeados pelo princípio da integralidade do cuidado, assim como, todo o serviço de saúde. Para que se garanta o acesso integral do usuário, os serviços são “estruturados com um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos” (BRASIL, 1990).

A APS se constitui como a entrada principal do serviço e tem por atribuições “a continuidade, a integralidade, a coordenação, a centralidade na família, a orientação para a comunidade e a adequação cultural na atenção à saúde” (STARFIELD, 2002). Já os serviços intermediários e de alta complexidade são “aqueles que requerem atenção de profissionais especializados, recursos tecnológicos de maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico, não dispostos na atenção primária” (FINKELSZTEJN et al., 2009).

Neste sentido a atenção primária é responsável por fazer a ponte entre os diferentes níveis de complexidade, agindo como gestora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Segundo a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 a RAS se constitui de “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Cabe ao profissional da atenção primária, acolher, identificar as queixas de saúde da população, bem como, levantar as características territoriais, agilizando os processos e se responsabilizando pelo cuidado (BRASIL, 2010), utilizando o recurso de referência e contrarreferência, que é a base para o encaminhamento dentro da rede.

Estratégias como essa permeiam as ações do terapeuta ocupacional na APS, o TO está sempre articulando com outros serviços, sejam esses especializados ou providos da comunidade, de forma a abarcar todas as necessidades de quem assiste (BAISSI; MAXTA, 2013) essas articulações podem acontecer com a família, com elementos sociais, trabalho, órgãos públicos entre outros (MALFITANO; BIANCHI, 2013).

Terapeutas Ocupacionais relatam que há uma dificuldade na organização e na gestão desse processo devido dependência de outros profissionais, a intersetorialidade, e buscam suprir esse desafio auxiliando na gestão do cuidado (ALVES; PAULIN, 2015). Infere-se que esse desafio reflita uma desarticulação das políticas de saúde que refletem dentro dos serviços destinados à saúde, como discutem os autores:

ao se discutir a integralidade da atenção, a intersetorialidade tem se colocado como um de seus grandes desafios. Grande desafio à medida que se observa a configuração fragmentada e desarticulada da política pública brasileira, o que impossibilita o atendimento das necessidades da população em sua integralidade. (SCHUTZ; MIOTO, 2010, p. 60)

Destaca-se então a potencialidade da terapia ocupacional no que tange aos acompanhamentos individuais e territoriais, direcionando ou criando estratégias com vista a facilitar a aproximação dos indivíduos aos serviços de saúde e a comunidade na qual ele pertence, bem como, responsabilização desse profissional ao articular redes sociais, comunitário-familiares e de serviços e órgãos públicos, encaminhando o usuário ou a família a serviços que resolvam suas demandas sem perder o acompanhamento e o processo gerado na vida do mesmo (LOPES; BORBA; CAPPELLARO, 2011).

Reuniões de Equipe

Os artigos demonstram que a participação em reuniões de equipes estão sendo estratégias cada vez mais utilizadas pelos terapeutas ocupacionais. Os profissionais são amplamente conscientes dos benefícios que essas atividades proporcionam não somente para a equipe de saúde, mas para o idoso que estará sendo assistido pela unidade. As ações interdisciplinares como já mencionadas contribuem para o atendimento integral dos sujeitos.

Aqui o terapeuta ocupacional visa estruturar, organizar, informar e tomar decisões, além de, ser um espaço que possibilita que se realize encaminhamentos, referência, contrarreferência e gestão (ALVES; PAULIN, 2015).

As reuniões de equipe são primordiais para a construção do projeto terapêutico singular (PTS), preconizado pelo NASF, que pode ser definido “como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, que é resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar sobre determinado paciente” (BRASIL, 2010).

Antunes e Rocha (2011), referem que a intervenção do terapeuta ocupacional ocorre através da realização de reuniões de equipe, das quais surgem os planejamentos de cada estratégia a ser aplicada pelos profissionais, promovendo a identificação de casos, situações e problemáticas que são existentes no território.

Diagnóstico territorial

O território como já foi dito, não se limita ao espaço físico. “São espaços de vida, de relações, de trocas, de construção e desconstrução de vínculos cotidianos, de disputas, contradições e conflitos, de expectativas e de sonhos, que revelam os significados atribuídos pelos diferentes sujeitos” (BRASIL, 2008, p. 54).

Segundo Koga e Nakano (2005) faz-se necessário compreender que cada indivíduo pode apresentar contextos distintos a depender do lugar onde se concretiza como sujeito coletivo. Sposati (2008) contribui nos dizendo que o território é um lugar dinâmico, muito mais que uma descrição natural, constitui uma descrição social, que surge a partir das relações estabelecidas entre os indivíduos que nele residem e dos vínculos estabelecidos no território.

Para Saquet (2006), “o território é resultado e condição de um processo histórico, que definem e delimitam o espaço a partir das relações de poder e, ao mesmo tempo, podem transpor limites políticos e administrativos através de atividades econômicas e dos meios de comunicação e circulação” (SAQUET, 2006, p. 23).

O olhar do terapeuta ocupacional para o território visa compreender a situação de vida e saúde dos sujeitos e suas famílias, bem como, seu relacionamento com a equipe, assim, os profissionais levantam demandas, conhecem e identificam populações em vulnerabilidade (ALVES; PAULIN, 2015; BAISSI; MAXTA, 2013). Além disso, pode-se identificar possíveis riscos que ameacem a saúde da população. De acordo com Holzman e Jorgensen (2003), os riscos podem ser: naturais, de saúde, ligados ao ciclo de vida, sociais, econômicos, ambientais.

Segundo Sposati (2008), “território não é gueto, apartação, mas mobilidade”. Por esta razão, discutir medidas que sejam aplicáveis a um território torna-se um desafio maior que a mera definição de seus limites geográficos, pois considera-se as relações e trocas que se estabelecem.

A terapia ocupacional obtém meios de investigar e intervir no território favorecendo a emancipação e a autonomia dos sujeitos que por qualquer circunstância estejam com restrições em sua participação social (LOPES et al, 2001). São considerados o sujeito, o ambiente, a equipe, o acolhimento de populações vulneráveis, de forma a levantar a especificidade do território, podendo para isso dispor de diferentes recursos (ALVES;

PAULIN, 2015).

Atenção Domiciliar

O atendimento domiciliar pode favorecer a participação do assistidos e de seus familiares na gestão e planejamento de seus cuidados (MAZZA, 2004, p. 1). Segundo Gaspar et al. (2007), essa estratégia representa uma alternativa de cuidado, que assegura o direito a assistência igualitária.

Doimo et al. (2008) abordam que a atenção no domicílio possibilita um diagnóstico vertiginoso e singular do meio e das vivências do sujeito de maneira que, as intervenções têm como foco o cliente, o contexto em que vive e as relações que estabelece. Lacerda et al. (2006), contribui ressaltando que o fato de essa atenção considerar o paciente e sua família, permite que o profissional utilize recursos que auxiliam a detectar condições que colocam em risco sua saúde. Infere-se então que essa atenção pode favorecer a aplicação das demais estratégias citadas anteriormente.

Baissi e Maxta (2013), apontam a residência familiar como um setting de diversas perspectivas para análise e aprimoramento das atividades de saúde da família. Rogers et al. (1997), apontam a relevância da atuação do TO no domicílio, onde pode-se analisar e reconhecer problemas que afetem o desempenho do sujeito no seu contexto natural, determinar o plano de tratamento e delinear estratégias adequadas às necessidades do cliente.

Alguns autores discorrem da importância de a pessoa assistida contribuir para a construção de seu processo terapêutico (BAISSI; MAXTA, 2013; ROGERS et al., 1997). O terapeuta ocupacional, nesse contexto, pode apontar demandas significativas e depois auxiliar na ativação desta rede como: estimular o contato com amigos, auxiliar reencontros, auxiliar na reorganização familiar dentre outros, promovendo a interação do sujeito com o território e a comunidade (FERREIRA; OLIVER, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo buscou-se uma análise geral da Terapia Ocupacional no campo da Atenção Primária à saúde com idosos e discutir a sua atuação e seus potenciais no que concerne esse contexto. Considerando a complexidade e a enorme abrangência do tema, o nosso estudo se limitou a alguns aspectos, sobretudo a relação das intervenções com a busca da integralidade da assistência, demonstrando a terapia

ocupacional, como uma profissão de atuação primordial na assistência a saúde como prevê a APS.

Infere-se que escolha dos descritores, por terem sido gerais, bem como, o curto período determinado como recorte da pesquisa possam ter limitado o número de achados, porém, nos trouxeram um conteúdo bastante rico, apesar de não muito extenso. Por meio das publicações selecionadas, vimos uma importante preocupação dos autores em demonstrar o trabalho da terapia ocupacional na APS e as contribuições que oferece a saúde do idoso, mas percebemos que ainda há a necessidade de mais pesquisas e publicações na área, que sirvam de subsídio para o crescimento da profissão neste âmbito.

A Terapia Ocupacional se coloca como potência para a prestação do cuidado, atuando por meio de atividades, de recursos e estratégias características que a fazem se justificar também como essencial, nos moldes atuais do SUS. apresenta um olhar sistematizado e integral abordando sujeito, comunidade e equipe através de ações concatenadas e eficazes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. H. M. Validação do C.I.C.Ac: instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. 2003. **Tese (Doutorado Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ALVES, C.B; PAULIN, G.S.T. Linha do cuidado ao idoso na atenção primária à saúde: uma perspectiva das ações da terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, p. 571-580, 2015.

ANAUATE, M. C.. Uma abordagem de terapia ocupacional em Apraxia Ideatória. In: CAPOVILLA, F. C.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C.. **Tecnologia em (re)habilitação cognitiva: uma perspectiva multidisciplinar**. São Paulo: Edunisc, p.277-281, 1998.

ANDOLFI, M., ANGELO, C., MENGHI, P., & NICOLO-CORIGLIANO, A. M. Por trás da máscara familiar – Um novo enfoque em terapia da família (3. ed., M. C. R. Goulart, Trad.) Porto Alegre, RS: **Artes Médicas**, 1984.

ANTUNES, M. H.; ROCHA, E. F. Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia Ocupacional na estratégia da saúde da família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência: no período de 2000-2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 270-278, 2011.

AZEVEDO, D. M.; BRITO, C. M. D. A inclusão da terapia ocupacional nas equipes de atendimento domiciliar: uma proposta sensível de atenção ao idoso e seu cuidador. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 10.; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 6., 2006, São José dos Campos. **Anais eletrônicos...** São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2006. Disponível em: . Acesso em: 04 jun. 2018.

BAISSI, G.; MAXTA, B. S. B. Experiência da Terapia Ocupacional no cuidado familiar em um serviço de Atenção Primária em Saúde **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v.21, n. 2, p. 413-422, 2013.

BARDIN, L. **A Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979

BARRETO, K. M. L.; TIRADO, M. G. A.. Terapia ocupacional. In: FREITAS, E. V. et al.. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p.866-870, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:doutrina e Princípios**. Brasília-DF, 1990.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. CapacitaSuas SUAS: configurando os eixos de mudança. Brasília: Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Imprensa Oficial, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, n. 18. Disponível em: . Acesso em: 10 mai. 2018.

CASTRO A. L. C.; TAMANINI Rosângela A. V.; A importância da Terapia Ocupacional na promoção da saúde de idosos para a manutenção da qualidade de vida: uma revisão da literatura. **Ling. Acadêmica, Batatais**, v. 7, n. 7, p. 99-111, jul./dez. 2017

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAZEIRO, A.P.M. et al. A intervenção da Terapia Ocupacional no processo de hospitalização de crianças. **Cadernos: Centro Universitário São Camilo**, v. 10, n. 1, p. 19-24, 2004.

DE CARLO, M. M. R. P. O tratamento não farmacológico da dor e a abordagem do terapeuta ocupacional. São Paulo, 2004. [Texto utilizado na disciplina Estágio Supervisionado VII: Práticas Hospitalares em Terapia Ocupacional do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo].

DE PAULA AFM, RIBEIRO LHM, D'ELBOUX MJ, GUARIENTO ME. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev Bras Clin Med**, v.11, n.3,2013. Disponível em < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3767.pdf> > Acesso em 01 de junho de 2018.

FERRARI, M. A. C.. A terapia ocupacional na reabilitação do portador de Alzheimer. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.25, n.4, p.425-429, 2001.

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. C. A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 189-197, set./dez. 2010.

FILIZOLA, C. L. A., DUPAS, G., FERREIRA, N. M. L. A., & PAVARINI, S. C. I. Genograma e Ecomapa: Instrumentos para pesquisa com famílias. **In I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa [CD]**. Taubaté, SP: Núcleo de Pesquisa da Família, 2004.

GARCIA, M. A. A. et al. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 9, n. 18, p. 537-552, dez. 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. cap. 16, p. 575-625.

GOLLEGÃ, A.C.C.; LUZO, M.C.M.; CARLO, M.M.R.P. Terapia Ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In: CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: **Plexus**, p. 137-154, 2001.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Editora Artmed, v.1, 2012.

HASSELKUS, B. R. Discapacidade funcional em ancianos. In: HOPKINS, H. L.; SMITH, H. D. **Terapia ocupacional de Willard e Spackman**. 8a ed. **Madrid: Panamericana**, p. 742-52, 1998.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2009.

LUZO, M.C.M.; LOURENÇÃO, M.I.P.; ELUI, V.M.C. Atuação terapêutico-ocupacional junto a pacientes com comprometimentos traumato-ortopédicos. In: CARLO, M.M.R.P.; LUZO, M.C.M. **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, p. 129-152, 2004.

MALFITANO, A. P. S.; FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 102-109, 2011.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde(o). **São Paulo: Hucitec** 269 p.

NEISTADT, M. E. Introdução à avaliação e entrevista. In: WILLARD & SPACKMAN. **Terapia ocupacional**. 9a. ed., **São Paulo: Click Books**, 2008.

OREM, M. N. **Nursing: concepts of practice**. 4a ed. **St. Louis: Mosby Year Book**, 1991.

PEDRETTI, L.W.; EARLY, M.B. **Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. São Paulo: **Roca**, 2004.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 17 –24, 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/948/1161>> . Acesso em: 12 de junho de 2018.

PERRACINI, M. R.. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: FREITAS, E. et al.. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.798-807, 2002.

RAMOS, LR. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri (SP): Manole; p.1-7, 2005.

REIS, F.; GOMES, M. L.; AOKI, M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n.3, p. 341-350, 2012.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, 2011.

SANTOS, L. M. et. al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006.

SAMEA, M. O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 85-90, 2008.

SILVA, A. C. et al. Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição. **Monografia [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2010.

SCHUTZ, Fernanda e MIOTO, Regina C. T. **Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate**. In: Revista Sociedade em debate. Volume 16, nº 1. Pelotas, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000200016>.

WRIGHT, LM, LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª edição. São Paulo: **Roca**; 2002.

YENG, L. T.; STUMP, P.; KAZIYAMA, H. H. S.; TEIXEIRA, M. J.; IMAMURA, M.; GREVE, J. M. D. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. **Rev. Med.** (São Paulo), v. 80, n. ed. esp. pt. 2, p. 245-255, 2001.