

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA
AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SERVIÇO DE SAÚDE**

LIDIANE PALHETA MIRANDA DOS SANTOS

**O PACIENTE PÓS-AVC E SUA REPRESENTAÇÃO
SOBRE AS OCUPAÇÕES**

**BELÉM
2014**

LIDIANE PALHETA MIRANDA DOS SANTOS

**O PACIENTE PÓS-AVC E SUA REPRESENTAÇÃO
SOBRE AS OCUPAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia-Mestrado Profissional como requisito para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Saúde, sob orientação Prof. Dra. Ingrid Magali de Souza Pimentel. Coorientador: Prof. Msc. Victor Augusto Cavaleiro Corrêa.

BELÉM
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

S237p Santos, Lidiane Palheta Miranda dos

O paciente pós-AVC e sua representação sobre as ocupações / Lidiane Palheta Miranda dos Santos – Belém, 2014.

80f.

Orientadora: Ingrid Magali de Souza Pimentel

Dissertação (Mestrado) – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Gestão e Saúde na Amazônia.

1. Acidente vascular cerebral. 2. Ocupação. 3. Terapia Ocupacional. I. Título

CDD – 21.ed. : 616.81

LIDIANE PALHETA MIRANDA DOS SANTOS

O PACIENTE PÓS-AVC E SUA REPRESENTAÇÃO SOBRE AS OCUPAÇÕES

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM GESTÃO E SAÚDE

E aprovada em 01/12/2014, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia-Mestrado Profissional em Gestão e Saúde. Área de Concentração: Saúde-Adoecimento e seus Agravos.

Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Profa.Dra. Ingrid Magali de Souza Pimentel
Presidente, UEPA

Profa. Dra. Eloína Maria Ávila Monteiro
Membro Titular, UEPA

Profa. Dra. Rogéria P. de Araújo Monteiro
Membro Titular UEPA

Prof. Dr. Silvio Éder Dias da Silva
Membro Titular, UEPA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que devido o AVC se encontram afastadas de suas ocupações, e em especial aos participantes da pesquisa que dividiram comigo um pouco de suas representações.

- Adeus – disse a raposa. – Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos [...]. Foi o tempo que perdeste com a tua rosa que a fez tão importante [...]. Os seres humanos esqueceram essa verdade. [...] mas tu não a deves esquecer... (Saint-Exupery. O pequeno príncipe).

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo amor incondicional e manifestação de zelo, proteção e conforto em todos os momentos desta caminhada, sem o Seu amor e misericórdia eu nada sou.

A minha Família, em especial meus Pais, por desde cedo me ensinarem o valor do estudo, pelo amor, carinho, incentivo, atenção inigualáveis e pela compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu esposo Hermínio Tavares “Amor Meu”, meu grande companheiro e incentivador nos momentos de estudo, pelo amor sacramental, paciência, apoio, suporte e carinho indispensáveis durante toda esta jornada.

As “Meninas do Baton” por todos os momentos vividos, pelo conhecimento partilhado, pelos desafios enfrentados, pela capacidade de resiliência a cada dificuldade.

A amiga Maria de Fatima Carvalho Góes, sua determinação e enfrentamento diante das dificuldades me ensinaram a persistir sem desanimar.

A minha Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Ingrid Pimentel pela confiança, incentivo e desafio lançado.

A Prof^ª. Msc. Vera Lucia Cecim, pelo estímulo e compreensão necessários para construção deste trabalho.

Ao meu coorientador e amigo Victor Augusto Cavaleiro Corrêa, pelo compromisso, profissionalismo, dedicação, aprendizado e encorajamento necessários para a conclusão deste estudo. Obrigada por acreditar na relevância da pesquisa, por todo apoio concedido a mim em todos os momentos que precisei de seu auxílio, por despertar em mim um novo olhar sobre a ocupação e me provocar a desenhar novos caminhos dentro de minha prática profissional.

Aos amigos da Missão Exército de Deus pela caminhada que me aproxima de Deus e me fazem descobrir a cada instante que nada sou sem a misericórdia de Deus.

A Prof^ª. Dr^ª. Rogéria Pimentel por ser minha eterna professora e representar a profissional que almejo um dia ser.

A amiga Débora Keila agradeço sua amizade, força e oração que, positivamente, muitas batalhas você me ajudou a ganhar.

A todos os amigos da UEAFTO que em todos os momentos dispensaram palavras de incentivo e motivação.

RESUMO

SANTOS, L. P. M. **O paciente pós-AVC e sua representação sobre as ocupações.** [Dissertação]. Programa de pós-graduação **Mestrado Profissional Gestão em Saúde na Amazônia.** Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2014.

Entender a ocupação a partir da representação do outro, é uma tarefa que não pode ser considerada fácil ou corriqueira, pois exige compreender a pessoa, conhecer sua realidade, sua história e conseqüentemente sua representação sobre o que entende por ocupação e o significado dessas ocupações na sua vida. Principalmente por que a partir deste entendimento podemos compreender as repercussões do afastamento dessas ocupações e as implicações em sua vida. Assim, esta pesquisa versa sobre a ocupação de pacientes pós-AVC e tem como objetivo geral compreender as representações de pacientes pós-AVC sobre suas ocupações, tendo como referência sua vida ocupacional antes e após o AVC; e como objetivos específicos os de Identificar as repercussões do AVC na vida ocupacional de pacientes hemiplégicos na perspectiva dos sujeitos da pesquisa; Analisar as implicações das representações de pacientes hemiplégicos sobre suas ocupações. A abordagem foi do tipo qualitativa-descritiva. A teoria que fundamenta esta pesquisa é a Ciência da Ocupação. A pesquisa foi realizada na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com 30 pacientes regularmente matriculados na instituição e se encontravam com as sequelas características de AVC, através de um roteiro de entrevista semi-estruturada. Os dados qualitativos foram coletados através de gravação; a análise para categorização deu-se através da técnica de análise de conteúdo, e a interpretação sobre a ótica da ciência da ocupação. Os dados apontaram a importância em se entender a ocupação também a partir de um contexto histórico social, pois não se deve isolar o sujeito de sua historicidade, e suas ocupações se encontram atreladas a sua história de vida, seus interesses e particularidades, quer estejam relacionados a uma ocupação enquanto trabalho, ou atividade domésticas ou mesmo como estar envolvido em ocupações que lhe proporcionem prazer e lhe façam esquecer a tempo da doença. Os dados permitem concluir ainda que existe uma necessidade em se discutir as práticas terapêuticas ocupacionais, para que possamos direcionar um plano terapêutico individual conforme as ocupações representadas a partir de sua forma, função e significados.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Ocupação, Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

SANTOS, L. P. M. **The patient who suffered stroke and your representation about occupations [Dissertação].** Programa de pós-graduação **Mestrado Profissional Gestão em Saúde na Amazônia. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2014.**

Understanding the occupation from the representation of the other, is a task that can not be considered easy or trivial, as it requires understanding the person, know their reality, its history and consequently its representation on what you mean by occupation and the meaning of these occupations in your life. Mainly that from this understanding we can understand the removal of repercussions of these occupations and the implications in your life. This study analyses the representations of patients who suffered stroke about their occupations. The general objective of the research is understand the representations of post-stroke patients about their occupations, considering their occupational situations before and after the stroke. The specific objectives are identify the consequences of the stroke in the occupational life of hemiplegic patients from the point of view of research subjects and analyze the implications of the hemiplegic patients' representations about their occupations. The study took an qualitative and descriptive approach. The fundamentation of this research were the theorie Occupational Sciences. The field research was conducted at Teaching Unit and Care of Physical Therapy and Occupational Therapy at the University of Pará, with 30 patients registered at institution who showed the standard sequels of Stroke, through a semi-structured interview guide. The qualitative data were collected through audio record; the data analysis was made through the Content analysis techniques, from the point of the Occupational Sciences view. The data showed the importance in understand the occupation under a social and historical context; the subjects cannot be isolated of your history, because your occupations are linked with your lifes' history, interests and circumstances, whether they are related to an occupation while working, or domestic activity or even as being involved in occupations that provide you pleasure and make you forget the time of the disease. The Research conclusion is that exists a necessity in discuss the practices, to direct the individual therapeutic plan since your shape, function and meanings.

Keywords: Occupation, Social Representation, Stroke.

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Distribuição dos sujeitos quanto ao sexo

Tabela 2: Distribuição dos sujeitos quanto a idade

Tabela 3: Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil

Tabela 4: Distribuição dos sujeitos de acordo com a religião

Tabela 5: Distribuição dos sujeitos de acordo com a profissão

LISTA DE SIGLAS

ABRATO	-	Associação Brasileira de Terapia ocupacional
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
AVD	-	Atividade de Vida Diária
AOTA	-	Associação Americana de Terapia Ocupacional
CCBS	-	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
COFFITO	-	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CO	-	Ciência Ocupacional
CREFITO	-	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
ISOS	-	Sociedade Internacional de Cientistas Ocupacionais
LER	-	Lesão por Esforço Repetitivo
MIF	-	Medida de Independência Funcional
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
RS	-	Representações Sociais
SUS	-	Sistema Único da Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	-	Terapia Ocupacional
TRS	-	Teoria das Representações Sociais
UEPA	-	Universidade do Estado do Pará
UEAFTO	-	Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1. AS CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE PÓS-AVC	17
3.2. CONTEXTUALIZANDO A OCUPAÇÃO A PARTIR DA CIÊNCIA OCUPACIONAL	23
4. ITINERÁRIO METODOLÓGICO	30
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	30
4.2. CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DA PESQUISA	30
4.3. OS SUJEITOS DA PESQUISA	31
4.4. PRODUÇÃO DOS DADOS	34
4.5. PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISES DOS DADOS	35
5. A REPRESENTAÇÃO DA OCUPAÇÃO EM TEMPOS DE MUDANÇA	38
5.1. A OCUPAÇÃO REPRESENTADA COMO TRABALHO	40
5.2. A OCUPAÇÃO REPRESENTADA COMO TAREFAS DOMÉSTICAS E COTIDIANAS	45
5.3. A OCUPAÇÃO REPRESENTADA COMO FAZER “ALGUMA COISA”/ OCUPAR O TEMPO/ OCUPAR A MENTE	49
5.4. O AFASTAMENTO DE SUAS OCUPAÇÕES	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
8. APÊNDICES	69
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA	72
FICHA DE AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL	73
9. ANEXOS	75
APROVAÇÃO PELO CEP	76
AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA	78

1. INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa é o estudo referente à representação da ocupação de pacientes sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Essas representações conforme definição clássica apresentada por Jodelet (2001) são:

Consequentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos - imagens, conceitos, categorias, teorias -, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação (p. 22).

Esses pacientes que compartilham dessas representações apresentam as sequelas características deste agravo, sejam de caráter temporário ou definitivo, e se encontram em atendimento de reabilitação¹ e afastados de suas ocupações anteriormente desempenhadas. Neste sentido, Moscovici (2009) afirma que a medida que olhamos indivíduos e objetos, temos a influência de nossas heranças genéticas, o ambiente social em que estamos inseridos, as recordações preservadas, o nosso arcabouço cultural, imagens e hábitos já adquiridos. Isto tudo influenciando diretamente em nossos conceitos sobre algo, alguém ou alguma coisa. Neste caso, o paciente sobrevivente do AVC e as ocupações antes desempenhadas.

Segundo Pedretti (2004), o AVC resulta de uma disfunção dos neurônios motores superiores que produz hemiplegia ou paralisia de um lado do corpo, englobando membros e tronco, e às vezes estruturas faciais e orais contralaterais ao lado do hemisfério cerebral que sofreu a lesão. Além disso, podem estar associados distúrbios motores, visuais, mudanças de personalidades e intelectuais, distúrbios da fala e linguagem.

Segundo o Ministério da Saúde – MS (2012), as doenças cerebrovasculares estão no segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo (cerca de 10%), perdendo a posição apenas para as doenças cardiovasculares. O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVC entre os países da América Latina.

As pesquisas do MS (2012) indicam que esta posição tende a se manter até o ano de 2030 e que as taxas de mortalidade variam em relação ao grau de desenvolvimento socioeconômico, pois 85% ocorrem em países subdesenvolvidos ou em

¹Reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional, e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo, onde a cada profissional componente da Equipe deve ser garantida a dignidade e autonomia técnica no seu campo específico de atuação, observados os preceitos legais do seu exercício profissional (COFFITO,1987).

desenvolvimento. E a taxa de acometimentos gira em torno de 150 casos por 100.000 habitantes. A mortalidade nos primeiros 30 dias é 10%, atingindo 40% no primeiro ano pós-evento.

A maioria dos sobreviventes necessita de reabilitação para as sequelas neurológicas. Com relação ao trabalho, 70% não retornam as atividades laborais e 30% necessita de auxílio para caminhar.

Além destes dados a Associação Americana de Saúde, aponta que entre os sobreviventes em longo prazo de um AVC, 24% a 53% relatam independência completa ou parcial de atividades da vida diária (AVD), 12% a 18% são afásicos e 32% são clinicamente deprimidos (PEDRETTI, 2005).

No decorrer de minha prática profissional, enquanto Terapeuta Ocupacional, atuando com crianças com paralisia cerebral, incapacidades de aprendizado, deficientes mentais, lesionados medulares, Alzheimer, Parkinson, amputados, hemiplégicos, pacientes com dor crônica decorrente de algum problema na coluna, e ultimamente no atendimento de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), a ocupação tem sido uma preocupação recorrente no que diz respeito ao processo de reabilitação desses pacientes, principalmente com relação à diminuição das ocupações em virtude de suas atuais limitações físicas e motoras, que muitas vezes se estendem para além de suas capacidades cognitivas ou sociais.

Durante os atendimentos ambulatoriais realizados na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEAFTO), presenciei relatos de pacientes sobre a diminuição da socialização, lazer e trabalho. Muitas vezes, esses relatos são cercados de insegurança, fragilidades, incertezas frente a atual realidade e baixa autoestima, muitas vezes desencadeiam o choro pelo fato de não poder mais realizar suas ocupações, antes desenvolvidas com autonomia, como o simples fato de ir ao banheiro, pentear o cabelo, realizar sua higiene pessoal, alimentar-se, entre outros. Quando estes acontecimentos são feitos na presença de um cuidador, na maioria dos casos o paciente se cala, mesmo quando apresenta condições de falar. A sensação de dependência e inutilidade é latente no primeiro encontro com o terapeuta.

Sendo assim, os pacientes apresentam características e padrões, alterações e déficits funcionais completamente diferentes, ou seja, as necessidades apresentadas dependem não só da área cerebral lesionada, mas dos interesses e histórias de vida de cada sobrevivente do AVC.

Portanto, a relevância em se discutir as consequências do AVC na Ocupação das pessoas acometidas por este acidente significa um resgate da função de papéis desvalorizados e até mesmo esquecidos frente a uma sociedade que prima pela normalidade e padrões de tratamentos curativos.

A ocupação nesta proposta surge como elemento essencial da pesquisa, pois é necessário compreender a complexidade de como as pessoas vivem e reorganizam sua vida a partir do agravo sofrido. De acordo com a Associação Canadense de Terapia Ocupacional, a ocupação é tudo aquilo que as pessoas fazem para se ocupar, incluindo autocuidado, o lazer, e contribui para a estrutura social e econômica de suas comunidades (trabalho).

A ocupação é modelada pelo tempo, pelo lugar e pelas condições sociais e é uma unidade de economia. É um meio prático e cotidiano de auto expressão ou de geração ou experimentação do significado porque é o elemento ativo da existência humana, seja o desempenho contemplativo, reflexivo ou baseado na meditação ou na ação. A ocupação pode fornecer os meios para suprimir o eu, a identidade, o ser, a crença, o espírito e a autonomia, bem como os meios para expressá-los (WILCOCK; TOWNSEND, 2008. p.196).

No entanto, segundo Trombly & Radomski (2005), poucos estudos investigaram a habilidade dos pacientes vitimados por acidente vascular cerebral em reassumir papéis de vida² ou desenvolver novos papéis de significância³ relevada. Duncan e Cols (1997) afirmam ainda que apesar da independência alcançada nas atividades de vida diária, a maioria dos pacientes de AVC tem limitações importantes e são incapazes de retornar ao trabalho.

E ainda, estudos realizados pelo Framingham Heart Study, em 1979, revelaram que a maior insuficiência nas pessoas com hemiplegia, apesar de recuperarem suas habilidades motoras básicas, é nas áreas psicossocial e ambiental (UMPHRED, 2004). Fato este, que tem se mantido conforme os dados do Ministério da Saúde já descritos anteriormente.

As estatísticas apresentadas comprovam que o AVC é uma doença incapacitante, e as pessoas sobreviventes apresentam dificuldades importantes que afetam sua qualidade de vida.

A hemiplegia contralateral ao lado da lesão encefálica é a disfunção motora prevalente nos casos de sequela de AVC. Além da deficiência motora também se observam distúrbios de sensibilidade, presença de espasticidade

²Experiências da vida diária que ocupam o tempo de um indivíduo, englobando os papéis de estudante; dona de casa; trabalhador (ativo ou aposentado), irmão, parente, parceiro, criança e companheiro (JACOBS e JACOBS, 2006).

³ Segundo Jacobs e Jacobs (2006), é a quantidade de significado ou valor que um indivíduo associa a uma experiência depois de se defrontar com ela.

que ocorre depois de um período de hipotonia, perda dos padrões dos movimentos seletivos, alteração do equilíbrio, problemas de cognição entre outros distúrbios (TELES; GUSMÃO, 2012. p. 43).

Assim o interesse diminuído na atividade social, dentro e fora de casa, e a falta de autonomia⁴ e independência⁵, atribuídas a incapacidade física e psicossocial, poderá impedir e dificultar o retorno da pessoa hemiplégica a uma vida social participativa. Sentimentos de rejeição e vergonha interferem na interação da pessoa hemiplégica com as outras fora do ambiente doméstico, gerando constrangimento e frequentemente apresentando sintomas de depressão (LOVO, 2006).

Diante da gravidade da doença e a características dos pacientes que realizam atendimentos, os relatos sobre a diminuição e até mesmo a perda de suas ocupações, ocasionando sintomas de depressão, surgiu o interesse em investigar como a pessoa vitimada pelo AVC organiza o mundo em que vive a partir de sua nova realidade, através da reflexão sobre o que os pacientes pós-AVC pensam sobre suas ocupações no contexto de suas experiências socioculturais, desde as experiências do convívio familiar, até as experiências do trabalho? Da qual se depreende o seguinte problema de pesquisa: *Quais as representações sociais de pacientes hemiplégicos sobre suas ocupações?*

Para Yerxa (1993), pesquisadora da Ciência da Ocupação, o indivíduo com deficiência assume seu devido lugar na cultura, a partir do momento que se estabelecem os vínculos com suas rotinas elementares. Pois a Terapia Ocupacional está fundamentada na concepção de que, ao nos envolvermos em ocupações, estruturamos nossa vida cotidiana, o que contribui sobremaneira para preservação da saúde e do bem-estar (AOTA, 2008).

Este problema motivou a busca de resposta para as seguintes questões:

- Quais as representações da ocupação na vida de pacientes pós-AVC na perspectiva destes enquanto sujeitos sociais?
- Quais as implicações das representações de pacientes pós-AVC sobre suas ocupações?

Dessa forma, realizei uma análise da ressignificação da Ocupação que não se fecha apenas nos processos de reabilitação a partir do início do tratamento, mas uma compreensão que considere no contexto da vida do paciente pós-AVC, a construção das

⁴ Autonomia é um estado de independência e autocontrole (JACOBS; JACOBS, 2006).

⁵ Independência é um estado autodirecionado de ser, caracterizado por uma habilidade individual de participar em ocupações necessárias e preferidas de uma forma satisfatória sem restrição de quantidade ou tipo de auxílio externo desejado ou requerido (CARLETO, 2010).

representações da ocupação vivenciadas na experiência familiar e no contexto social. A partir disto, posso repensar a prática e reaprender a olhar a ocupação não apenas como método de assistência e formas de intervenção para adquirir a função, mas partir do princípio que a ocupação mantém e restaura a saúde, dá valor e significado a vida por meio de experiências culturais, familiares e sociais.

Pois o sobrevivente de AVC devido suas limitações e incapacidades funcionais, tais como assimetria corporal, sua fala pesada, seu braço plégico, seu andar cambaleante, seu equilíbrio deficiente dificultando seu andar, podem embutir valores que o fazem não querer sair da cadeira de rodas, aprisionando-o dentro de seu corpo físico. Com repercussões não só nas atividades de vida diária ou de vida prática, mas na administração do lar, nas habilidades vocacionais e de lazer, na autoestima, no cuidado de si.

Talvez não menos importante que segurar um talher, pentear o cabelo ou vestir uma camisa está o significado da autonomia, independência, e o anseio em reassumir o rol de suas ocupações.

Nesse sentido, espero com esta pesquisa contribuir para o debate e a reflexão sobre o ser humano enquanto ser ocupacional.

Entender o paciente a partir de suas representações sobre suas Ocupações remete-nos a descoberta de um novo olhar para o conhecimento e promoção de estratégias de saúde baseada em evidências.

Na sessão seguinte apresento as ancoragens que serviram de base teórica para este trabalho, a saber, as características do paciente pós-AVC, e o entendimento da Ocupação a partir da visão da Ciência Ocupacional.

Posteriormente, apresento a sessão destinada à descrição do itinerário metodológico, no qual consta a caracterização deste estudo, bem como do cenário e dos sujeitos da pesquisa. Exponho ainda o processo de produção de dados e a organização das análises resultantes destes.

Na sessão posterior discuto sobre a representação da ocupação em suas três categorizações principais e sobre as repercussões, no sujeito, do afastamento de suas ocupações.

Por fim, teço as considerações finais do trabalho, ponderando sobre as principais contribuições desta pesquisa para a ciência, para a Terapia Ocupacional e para minha atuação profissional.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Analisar as representações sociais de pacientes pós-AVC sobre suas ocupações, tendo como referência sua vida ocupacional antes e após o mesmo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- (a)** Identificar as repercussões do AVC na vida ocupacional de pacientes pós- AVC na perspectiva dos sujeitos da pesquisa;
- (b)** Analisar as implicações das representações de pacientes pós - AVC sobre suas ocupações.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE PÓS- AVC

Teles (2012) e Gusmão (2012) afirmam que o AVC é uma das maiores causas de sequelas permanentes que geram incapacidades funcionais. Dados do MS apontam que as estatísticas do crescimento de risco da população para desencadear um AVC são alarmantes, e cada vez mais estaremos sujeitos a nos depararmos com uma pessoa vitimada por esta enfermidade.

De acordo com estudos realizados pelo MS, a incidência duplica a cada década de vida a partir dos 55 anos e que de acordo com os fatores predisponentes, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, colesterol elevado, doenças coronarianas, tabagismo, uso excessivo de bebidas alcoólicas estresse, obesidade, uso de contraceptivos orais, uso de drogas ilícitas como a cocaína, e o sedentarismo, um número maior de pessoas jovens apresenta a disponibilidade de sofrer um AVC.

Ryerson (2004) e Cecatto (2012) definem que a hemiplegia é a paralisia de um lado do corpo, é a forma mais comum da manifestação das sequelas decorrentes do Acidente Vascular Cerebral. Ou seja, a Hemiplegia não é uma doença e sim uma sequela decorrente de uma doença neurovascular ou cérebro.

A hemiplegia é um quadro em que se observa uma sequela incapacitante decorrente de acometimentos mórbidos do sistema nervoso central (CHAGAS; FORGIONE, 2002).

Alterações do tônus muscular, por exemplo, a espasticidade; distúrbios do movimento, como a ataxia; déficits sensoriais; algia limitante, como o ombro doloroso; alterações perceptuais, tais como a heminegligência⁶ podem interferir diretamente com o aspecto funcional (ALBUQUERQUE et al, 2011.p 72).

Além das desordens de origem físicas, o hemiplégico pode também apresentar outros comprometimentos e/ou sintomas igualmente relevantes e incapacitantes no AVC, como a disfunção sensorial, a afasia ou disartria, defeitos do campo visual e deficiências mentais e intelectuais a incontinência urinaria, déficits cognitivos, depressão.

⁶ A heminegligência (HN) é um distúrbio neuropsicológico complexo caracterizado pela inabilidade do indivíduo em registrar, integrar ou responder a eventos provenientes do hemicorpo ou hemiespaço contralateral à lesão cerebral (CALVETTE, 2010).

Assim todos estes aspectos estão diretamente relacionados à área cerebral afetada e o nível de comprometimento, ocasionando alteração do tônus, coordenação e equilíbrio.

Do ponto de vista dos aspectos físicos, podem-se identificar algumas características comuns ao paciente hemiplégico, tais como a paralisia de um lado do corpo, de acordo com o hemisfério cerebral afetado.

CARACTERÍSTICAS MOTORAS DE ACORDO COM O LADO AFETADO⁷	
Hemiparesia Direita	Hemiparesia esquerda
Presença do déficit motor (plégico, parético, espástico, flácido, rígido, distônico ou atáxico),	
Lesão do hemisfério dominante	Lesão do hemisfério não dominante
Afasia, apraxias e alterações comportamentais de polo depressivo.	Fala e comportamentos liberados, falta de crítica, diminuição da atenção, negligência e presença de pequenos déficits perceptuais como as anosognosias ⁸ .

Cruz (2012) e Ryerson (2004) afirmam que, inicialmente, as hemiplegias são acompanhadas por um estado de flacidez e hipotonia muscular, variando desde um pequeno período até meses, seguindo de retorno das funções musculares e instalação de um quadro hipertônico, e em seguida ao quadro de adaptação pessoal.

Conforme Woodson (2008), o sujeito hemiplégico apresenta menor controle de tronco, integração bilateral e prejuízo em adaptar o controle postural automático⁹. Influenciando diretamente na capacidade de concentrar-se em ocupações voluntárias, devido necessitar de uma atenção maior para permanecer ereto. Influenciando também no seu modo de interagir com o meio, causando implicações diretas nas suas ocupações diárias.

É importante lembrar que até o dia do AVC o cérebro se encontrava com suas funções preservadas. Logo o indivíduo apresentava suas ocupações relacionadas ao trabalho, convívio familiar, cultura, etc. sem interferências de qualquer agravo. Após o AVC, ocorre uma alteração brusca nas ocupações antes desempenhadas, podendo

⁷ CECATTO, Rebeca B. Acidentes Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: CRUZ, Daniel M. C. Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico. São Paulo: Santos, 2012. p. 11.

⁸ O termo anosognosia foi introduzido pelo neurologista francês-polonês Joseph Babinski para se referir à falta de consciência de hemiplegia em pacientes com lesão do hemisfério cerebral direito (CHAIRMAN, 2010).

⁹ Capacidade do corpo em de manter o equilíbrio e permanecer ereto durante alterações de posição e desafios à estabilidade (WOODSON, 2008).

acarretar em necessidades específicas de acordo com seus hábitos¹⁰, costumes¹¹ e valores¹².

Assim os déficits¹³ motores e sensitivos ocasionados pelo Acidente Vascular Cerebral acometem uma série de nervos e músculos envolvidos no movimento, dificultando a execução, a precisão e coordenação do movimento, a respiração e o equilíbrio.

Segundo Ryerson (2004), o sujeito hemiplégico apresenta dificuldades relacionadas à espasticidade¹⁴, respiração, predisposição a convulsão, exposição ao trauma e a dor. O envolvimento respiratório torna-se prejudicado em decorrência da paralisia de um lado do tórax, ocasionando fadiga, o que interfere diretamente nas suas ocupações diárias.

Conforme Cecatto (2012), a espasticidade é um grande problema após o AVC, devido o incomodo causado aos pacientes. Este aumento de tônus dificulta o movimento e conseqüentemente interfere na execução de suas ocupações. Em decorrência da fraqueza muscular apresentada pelo sujeito hemiplégico, as quedas são um fator recorrente se, este paciente realiza compensação de apoio exclusivo no lado não acometido. “Pessoas com AVC caem para o lado afetado quando os mecanismos de proteção são inadequados ou inexistentes” (RYERSON, 2004. p. 789).

Pacientes com hemiplegia resultante de um AVC têm deficiências de movimentos que levam a limitações funcionais e incapacidade. Estes problemas se manifestam como uma perda de mobilidade no tronco e nas extremidades, padrões atípicos de movimento, estratégias compensatórias e ações involuntárias do lado afetado acarretando a perda da independência da vida diária (RYERSON, 2004.p.791).

Diante das características da pessoa hemiplégica, pode-se entender que os danos neurológicos, dependendo da gravidade, interferem diretamente nas ocupações, alterando sua maneira de se relacionar com seu cotidiano familiar, conforme apontado por Araújo et al (2012):

¹⁰Comportamento automático integrado a padrões mais complexos que capacita as pessoas a funcionar à base de atividades do dia-a-dia (JACOBS, JACOBS. 2006).

¹¹Hábitos; costumes sociais aos quais as pessoas geralmente se ajustam, padrão tradicional de vida normal para uma pessoa (JACOBS, JACOBS. 2006).

¹²Crenças operacionais que o individuo aceita como suas e que determinam seu comportamento (JACOBS, JACOBS. 2006).

¹³ Comportamento ou execução de tarefa inadequada (JACOBS, JACOBS. 2006).

¹⁴ Aumento do tônus muscular e reflexo de alongamento de um músculo, resultando no aumento da resistência à tensão muscular passiva e hiper-reatividade do músculo a estimulação (JACOBS; JACOBS. 2006).

Dependendo do grau de acometimento neurológico, os portadores podem manifestar déficits nas realizações das atividades de vida diária, no trabalho, no lazer, nas relações sociais e familiares. Dessa forma, o paciente sequelado de AVC possui diversas dificuldades para se desenvolver socialmente, necessitando assim de cuidados diferenciados para melhorar seu desempenho físico e cognitivo (p. 2850).

Além das limitações relacionadas ao aspecto físico-motor, outros aspectos também apresentam a mesma importância em serem abordados como a disfunção sensorial, deficiências intelectuais e cognitivas, depressão e os aspectos psicossociais que acarretam impactos nas suas ocupações.

As funções sensoriais, tato, olfato, paladar, visão, audição são responsáveis pela captação de todos os estímulos externos e pela forma como analisamos e respondemos a estes estímulos. No caso do indivíduo com hemiplegia ou hemiparesia, pode existir a disfunção sensorial, gerando uma negligência unilateral¹⁵, devido a interferências na captação e o mau processamento do estímulo à resposta para executar uma atividade ou uma ação será alterada.

Se pararmos para analisar todas as repostas corporais emitidas, são consequências de estímulos captados, assim um corpo hemiplégico irá apresentar alguns fatores de desordem como consequência desta interferência, como a pouca sensibilidade ao toque, à dificuldade na coordenação motora e principalmente equilíbrio, realização de movimentos exacerbados ou lentidão na execução, fala e/ou linguagem entre outros, aumentando o sentimento de dependência e insegurança frente a esta nova realidade.

Segundo Alves e Duarte (2010), a pessoa com deficiência física pode apresentar algumas tendências comportamentais em comum, nomeadamente a depressão, ansiedade, baixa autoestima e autoconceito¹⁶.

O paciente após o AVC tende a passar por um processo de enlutamento e enfrentamento diante de perdas físicas, psicológicas e sociais, sendo que, muitas vezes, está com sua dinâmica afetiva emocional mais fragilizada, sente-se impotente diante das perdas, isso pode desencadear a chamada depressão reativa (RODRIGUES; SCHEWINSKY; ALVES, 2011. p.61).

Assim, a literatura nos mostra que este mau processamento interfere diretamente nos aspectos emocionais e psicológicos, podendo desencadear depressão, interferindo diretamente na saúde emocional, no que diz respeito à autoestima e a percepção de si.

¹⁵ Distúrbio da capacidade de observar, orientar ou responder a estímulos no espaço do lado corporal oposto à lesão cerebral (WOODSON, A. 2008).

¹⁶ Visão que o indivíduo tem de si próprio (por exemplo, ideias, sentimentos, atitudes, identidades, valores, capacidades e limitações. (JACOBS, JACOBS. 2006).

Segundo Rodrigues, Schewinsky e Alves (2011), cerca de 50% dos pacientes acometidos pelo AVC, apresentam quadro depressivo, devido às sequelas que ocasionam limitações. Os autores afirmam ainda que estes indivíduos podem desencadear a depressão secundária, resultante da diminuição do tônus cortical, e envolvem alterações afetivas, como o humor lábil, apatia e lentidão nas funções mentais gerando alterações cognitivas. E que em alguns casos pode ser confundida com um quadro demencial.

Lourenço (2012) afirma em seu estudo, que as pessoas apresentam impactos da percepção da imagem corporal após o AVC, relacionados à autoestima e ao seu estado emocional desencadeando a depressão.

A imagem corporal não é um fenômeno estático, e sim adquirido, construído e estruturado num contato contínuo com o mundo. É uma estruturalização na qual ocorrem mudanças contínuas relacionadas à mobilidade e às ações no mundo externo, visto que todos os sentidos participam deste processo de construção (LOVO, 2006. p.16).

Conforme afirma Araújo et al (2012), o cuidador, que geralmente é o familiar, acaba deixando de realizar suas tarefas e interesses para priorizar as necessidades da pessoa que cuida, acarretando impactos na sua vida social, financeira e emocional. Assim as dificuldades de ter na família uma pessoa vitimada por AVC, altera a rotina da família de forma abrupta, gerando impactos nos aspectos emocionais, econômicos, sociais.

Devemos ainda estar atentos ao que Lovo (2006) afirma sobre a pessoa hemiplégica e sua imagem corporal:

A representação interna de cada indivíduo a respeito de sua aparência designa diferentes valores cognitivo-afetivos às diferentes partes do corpo. Portanto a área do corpo afetada pela deficiência tem implicações importantes para o processo de integração da deficiência em perda de controle, desamparo, insegurança, dúvida, vergonha, humilhação e imagem corporal sua autoimagem.

Assim, não se estamos querendo avaliar a pessoa hemiplégica apenas pelo prisma de suas limitações físicas, mas sim pelas repercussões que estas limitações acarretam em toda sua forma de se relacionar com o mundo em que vive, com repercussões diretas em sua vida. Pois conforme Ryerson (2004) e Cecatto (2012) os aspectos psicossociais podem ser mais prejudiciais do que qualquer incapacidade funcional para os sobreviventes de um AVC em longo prazo.

A representação neste estudo, emerge com vistas a favorecer a compreensão sobre o processo de formação dos conceitos sobre a ocupação, bem como entender a partir de que concepções esses conceitos foram formados, além de analisar o processo no qual o sujeito pós-AVC se vê diante das imagens e dos julgamentos que ele mesmo produz sobre sua condição atual confrontado com suas concepções sobre a ocupação antes do AVC.

A teoria das representações sociais envolve a análise de crenças, valores, normas, experiências, atitudes e práticas vivenciadas por grupos específicos em seus ambientes culturais. A representação é um produto social, a tradução de alguma coisa por alguém. É uma interpretação, uma construção da realidade por um grupo, inserido em um processo sócio-histórico-cultural, portanto, sobre constantes transformações adaptando-se às mudanças do seu grupo gerador (BERGAN, *et al.* 2009. p. 657).

Compreender e identificar as representações deste grupo de sujeitos conduz à determinada análise de suas repercussões no processo de reabilitação, no que diz respeito à participação na terapia em si, mas também, para uma análise das perspectivas da terapia levantadas pelos profissionais, em particular da Terapia Ocupacional, e das estratégias e técnicas disponíveis e adequadas para a reabilitação do sujeito.

Diante de todos estes aspectos e limitações apresentados, podemos sugerir que estes fatores apresentam diversas interferências na vida ocupacional da pessoa hemiplégica. Ocasionalmente mudando de hábitos de vida e a necessidade de adaptações físicas e, sobretudo emocionais. É necessário o enfrentamento para se buscar alternativas e suporte familiar, terapêutico, emocional.

Suas ocupações de vida diária neste caso encontra-se desorganizada se comparada a data que antecede ao AVC, pois hoje o indivíduo apresenta limitações que dificultam ou até mesmo impossibilitam de exercê-las.

Como afirma Monteiro (2012), o ser humano é um ser complexo, e todas as suas ocupações relacionadas ao momento do banho, do vestir-se, e ao alimentar-se devem ser entendidas muito além do que tarefas¹⁷ cotidianas. Pois estes momentos são significativos, na construção de um desejo e de um determinado valor.

Assim, conforme Pantoja e Souza (2012), “as ocupações são inerentes e significativas na vida das pessoas, uma vez que representam identificação,

¹⁷ Tarefa: trabalho atribuído a uma pessoa, relativo ao desenvolvimento de habilidades de desempenho ocupacional; conjunto de atividades relacionadas ao cumprimento de objetivos específicos (JACOBS; JACOBS, 2006).

ressignificação, valores culturais e papéis” (p. 71). Influenciando desta forma sobre a saúde, a qualidade de vida e o contexto social.

Para a Terapia Ocupacional, abordar o tema da Ocupação é entender a complexidade dos fatores envolvidos nesta nova realidade. Pois conforme afirma Yerxa (1993) envolver-se em ocupações é dar sentido e significado a vida.

3.2. CONTEXTUALIZANDO A OCUPAÇÃO A PARTIR DA CIÊNCIA OCUPACIONAL

A ocupação nesta proposta de pesquisa foi abordada a partir da Ciência Ocupacional, “que foi fundamentada nas ciências sociais interdisciplinares e continua a sustentar as inter-relações com diversas disciplinas, incluindo a sociologia, a antropologia a filosofia e a psicologia” (CLARK & LAWLOR, 2011).

A Ciência Ocupacional apresentou ao longo de sua evolução enquanto disciplina novas relações com outras disciplinas, como a neurociência, a biologia, a medicina preventiva, a ciência da reabilitação entre outras. Apresenta-se diretamente relacionada à Terapia Ocupacional devido à interseção das disciplinas acadêmicas e das práticas profissionais.

A partir de 1997, a ideia de relacionar a Terapia Ocupacional à Ciência Ocupacional foi reforçada através dos estudos no âmbito internacional (CLARK & LAWLOR 2011). E por se tratar de uma ciência jovem com apenas dezoito anos de existência, esta discussão surge dentro de nossa realidade acadêmica científica a partir do interesse de pesquisadores brasileiros em discutir esta visão, justificando assim, a escassez de material publicado em língua portuguesa.

“A Ciência Ocupacional aborda a centralidade do engajamento em ocupações e na vida humana, principalmente como elas se relacionam com a saúde e o bem estar, e a participação social” (CLARK & LAWLOR, 2011 p.3).

O foco desta ciência não esta somente nas atividades em si, mas no significado que são atribuídos a elas. Observa-se o individuo inserido em seu contexto social, em torno de suas ocupações, analisando as atividades e as relações que se estabelecem no processo de criação, adaptação, construção e reconstrução, ou seja, como um ser ocupacional.

Ciência Ocupacional é uma ciência básica dedicada ao estudo do ser humano como ser ocupacional. Como ciência básica é livre para seguir as perguntas mais amplas e mais profundas sobre os seres humanos como atores que se adaptam aos desafios de seus ambientes através do uso de habilidades e capacidades organizadas ou classificadas como ocupação (YERXA, 1993, p.5).

Este fato foi realçado por Yerxa (1993), através do depoimento de um médico acometido pela poliomielite:

Mas, o mais importante (do que o desemparo físico) estava sendo – separado de tantas rotinas elementares que as pessoas ocupam [...] Eu não me sentia mais conectado com os papéis familiares que eu havia conhecido na família, trabalho, esportes. Meu lugar na cultura havia sumido (YERXA, 1993.p.1, tradução nossa).

A partir deste relato, percebe-se que os papéis antes desempenhados, hoje se encontram desconectados de sua realidade, colocando o indivíduo em um cenário desconfortante e isolado. Ao ouvir a palavra ocupação comumente encontro relatos associados à atividade e a falta desta. Constantemente se estamos envolvidos em ocupações relacionadas não só ao trabalho, mas a tudo que nos envolve e dispensa atenção, tempo e um determinado valor. Para Nelson apud Hans (2008), ocupação é todo processo interpretativo que a pessoa se depara com forma profissional, incluindo a percepção, o simbólico e a experiência afetiva.

Hans (2008) afirma que “a ocupação hoje em dia está relacionada a fatores sociais e necessidades políticas, em vez de estar relacionado com o desenvolvimento humano e bem-estar” (p. 1. tradução nossa). Pois para a sociedade capitalista o maior interesse hoje se encontra relacionado ao mercado de trabalho e produtividade, onde a sociedade competitiva e altamente produtiva apresenta seu valor relacionado ao índice de produção, ou seja, aponta que quanto mais produtiva for a pessoa mais valor ela deverá ter.

Para Costa (2013), “ocupar-se é para o homem, uma necessidade fundamental que mantém o equilíbrio do corpo através do ritmo do trabalho, descanso, lazer e sono (p.196)”.

Segundo Trombly (2008), a ocupação aplica-se a integração de habilidades, motivações e objetivos da pessoa com o ambiente para permitir o desempenho de papéis. Incluem as atividades de vida diária, atividades interpessoais, atividades físicas, atividades de restauração e as práticas sociais e culturais, que são consideradas atividades intencionais e compõem a vida das pessoas.

A Sociedade Internacional de Cientistas Ocupacionais (ISOS) acredita no valor da ocupação e afirma que “a ocupação engloba todas as atividades humanas, quer sejam físicas, mentais, sociais e espirituais, sendo fundamental para autonomia, saúde, bem-estar e da justiça (2008. p. 2, tradução nossa)”.

Diante deste fato, emerge dentro da Sociedade Internacional de Cientistas da Ocupação a discussão sobre o redirecionamento da ocupação, sendo necessária também ser entendida como responsável pelo desenvolvimento do bem-estar e saúde pessoal, e não só enquanto categoria de trabalho.

Ao definir ocupação, a Sociedade Internacional de Ciência Ocupacional (ISOS) afirma que:

São as várias atividades cotidianas que as pessoas realizam como indivíduos, em família e nas comunidades, para ocupar seu tempo e trazer significado e propósito à vida. Ocupações incluem coisas que as pessoas precisam, querem e espera-se que façam (2013. p. 2).

Porém, Magalhães (2013) afirma que a ocupação deve ser compreendida como algo que também gera impactos negativos para a pessoa. Pois dependendo da ocupação que a pessoa desempenha, pode vir a desenvolver alguma doença como o caso de Lesão por Esforço Repetitivo (LER), estresse, depressão.

Segundo Dickie (2008), existe uma necessidade de conhecer a ocupação conforme a experiência pessoal de realizá-la quer seja de maneira consciente ou não. Esta reflexão sobre a ocupação permite-nos compreender seu valor fundamental a partir de uma forma, função e um significado.

A forma da ocupação se refere aos aspectos objetivos da ocupação, o que é observável e que se manifestam na interação atividade e ambiente ocorrem num determinado período de tempo e espaço. A função da ocupação, no entanto, tem a ver com os aspectos da atividade que favorece adaptação ao meio ambiente a partir da perspectiva funcional, que é gerado na interação pessoa-atividade. Finalmente, o significado da ocupação, os aspectos subjetivos não são diretamente observáveis, a pessoa constrói em interação com o ambiente na realização da atividade (JÁUREGUI e LUCERO, 2013. p.25, tradução nossa).

Portanto, é necessário examinar o que os seres humanos fazem com o seu tempo, compreender sua variação de acordo com a habilidade de cada pessoa, como organizam as atividades e suas adaptações ao meio, seus objetivos, e o que significam e qual o valor e a subjetividade empregada a estas ocupações.

Segundo Guajardo (2012) a “ocupação surge a partir de expressões coletivas que estão enraizadas historicamente no indivíduo e se manifestam através de suas singularidades” (p. 24 tradução nossa). Deve-se então entender o ser humano enquanto

ser historicamente construído e em constante processo de transformação, revestido de um arcabouço cultural, social e afetivo. O autor afirma ainda que “não se deve olhar a ocupação como parte do indivíduo, pois o ele é a própria ocupação” (p.25. tradução nossa).

Sendo assim, pode-se identificar que no caso do indivíduo hemiplégico, que teve suas funções bruscamente alteradas devido à hemiplegia necessitam passar por uma readaptação, pois antes o que era rotina e corriqueiro, agora devido a todas as limitações, torna-se desafio a ser superado. No entanto, às vezes o que me deparo durante a prática são relatos de rotinas alteradas cercadas de tristezas, angústias, sentimentos de inutilidade e apatia. Onde o significado e o valor da vida foram esquecidos junto com as ocupações que antes desempenhavam.

Entender a ocupação a partir desses olhares é desafiador frente ao ser humano fragmentado pela história. A Terapia Ocupacional neste contexto observa a ocupação não só como objeto de estudo, mas sim como o próprio sujeito que pensa, age e decide. “Não há ocupação separada do sujeito, mas o sujeito sendo a própria ocupação” (GUAJARDO, 2012. p. 24).

Explorar e compreender as características e representações dessas ocupações torna-se então necessário, a partir da visão do homem como ser ocupacional e diretamente envolvido em ocupações, bem como o significar e ressignificar destas ocupações e suas influências na qualidade do viver, no trabalho, na cultura e na própria vida.

No caso dos pacientes portadores de hemiplegia de acordo com Cecatto (2012) considerando a limitação funcional, parte dos sobreviventes, após seis meses de lesão, apresentam perda funcional em suas Atividades de Vida Diária e atividade profissional, encontrando-se dependentes e/ou incapazes para a realização destas atividades.

Segundo Tuner (2007), a ocupação deve ser entendida a partir de variados conhecimentos desde o científico ao senso comum. Ao buscar, na história da evolução da humanidade, de forma implícita e através do conhecimento tácito, estamos sempre envolvidos em ocupações e atribuímos-lhes um determinado valor e significado.

Tuner (2007) aponta em seu estudo que a ocupação está relacionada à qualidade do viver em diversos estudos e abordagens, uns de maneira implícita outros de forma cientificamente comprovadas onde atividades significativas são capazes de promover a saúde.

Pode-se entender que, implicitamente, a relação entre a ocupação e a qualidade do viver está relacionada a ocupações de lazer para ajudar e manter a saúde física e mental, ou ao hábito de ouvir música, dançar, jogar, ler um livro e até mesmo estudar (TUNER, 2007). Assim, a saúde e a ocupação estão diretamente relacionadas, à medida que se esta mos envolvidos em ocupações significativas que atribuem valor e prazer à vida.

Hans (2008) buscou categorizar a ocupação segundo os hábitos de vida, sendo assim divididas em ocupações de engajamento, básica, social, relaxante, regular, irregular e ocupação como matar tempo. Assim a ocupação de engajamento esta relacionada às de trabalho e emprego, as básicas são consideradas como necessidades que dizem respeito aos hábitos de alimentação, higiene e vestuário.

A ocupação social seria tudo aquilo relacionado ao convívio em sociedade, já a ocupação relaxante diz respeito àquela associada ao hábito de ler jornal, fazer palavras cruzadas, assistir televisão.

A ocupação como regular é vista como aquela que é realizada pelo menos uma vez por mês, tal como ir à igreja, fazer uma caminhada. Diferente da ocupação irregular que são aquelas realizadas de forma esporádica como ir ao cinema. A ocupação como matar o tempo diz respeito a qualquer coisa que se faça para fazer o tempo passar.

Este estudo possibilitou também a descrição de outras sete categorias relacionadas ao bem-estar. Hans (2008) ratifica a importância destas ocupações para o bem-estar, “engajar-se em ocupação é visto contribuindo significativamente para o bem-estar e como parte necessária da ocupação de uma pessoa” (p. 8. tradução nossa). Neste caso, o engajamento está relacionado à Ocupação social, ou seja, ao fato da pessoa interagir com a família e amigos.

A ocupação de relaxar é considerada como merecida ou agradável, e é aquela realizada logo após a execução de uma ocupação básica.

As ocupações básicas são vistas como indispensáveis, porém assumem o caráter de serem realizadas obrigatoriamente, e não colaboram desta forma para o bem-estar.

Sobre o fazer e o bem-estar em termos ocupacionais Wilcock afirma que:

O bem-estar através do fazer envolve acreditar que a gama potencial das ocupações das pessoas permitirá a cada uma delas ser criativa, aventurar-se e encontrar sentido nas emoções humanas que experimentam e exploram no seu fazer. Significa ainda adaptar-se de forma adequada e sem interrupção indevida para atender, através do seu fazer, ao que suas vidas demandam (WILCOCK, 2006, p. 139, original em inglês, tradução nossa).

Assim, à medida que a pessoa se descobre através da ocupação, ela poderá satisfazer suas necessidades de forma criativa e prazerosa. De acordo com Molineux (2004), os terapeutas ocupacionais compreendem atualmente os seres humanos, suas funções e suas necessidades terapêuticas de uma maneira ocupacional, na qual a ocupação é a própria vida.

Conforme Clark e Lawor (2011), o estudo das ocupações necessita de estruturas analíticas complexas.

Compreender as relações entre os comportamentos e a saúde exige uma orientação contextual que é multidimensional, com o exame dos aspectos sociais distais e individuais, dos aspectos biológicos nos múltiplos níveis, da ação humana e de outras características ao longo do tempo (GLASS; MACTEE *apud* CLARK; LAWLOR 2011. p. 4).

A ocupação, portanto, permite-nos entender e interpretar as maneiras de se relacionar com o mundo, independente dos agravos sofridos, ou das limitações aparentes. Mas olhar o ser humano como Ser Ocupacional, e a partir deste ponto de vista redescobrir a função e o significado de sentir-se capaz, além de possuir habilidades para execução daquilo que lhe dá prazer e sentido a vida. Sem enaltecermos o sentimento de perfeição, na qualidade do produto aos olhos do criador, mas sim descobrir o valor de ocupações como parte de si mesmo numa relação simbiótica e de interdependência.

Olhar o ser humano além de suas limitações físicas, motoras ou cognitivas, requer sutileza e experiência. Para que se observem suas capacidades e necessidades ocupacionais. Entender o paciente pós-AVC como ser ativo e participativo dentro de sua realidade, é um desafio. Não só para mim enquanto Terapeuta Ocupacional, mais principalmente para a sociedade. Resgatar o papel do pai de família, como chefe da casa, ou da bailarina, do contador, do militar da ativa, do professor, do homem e da mulher sensuais e bem sucedidos, ou da tacacazeira. Não é tarefa fácil, mas com certeza é desafiadora e instigante à medida que nos possibilita compreender o contexto de nossas ocupações. O que fazer mos? Como fazer mos? Quando e onde acontece? E o que significa?

Esta visão faz-me repensar sobre necessidade de compreensão da doença e da incapacidade na perspectiva do indivíduo, para se criar ações que impliquem em cuidados e estratégias de cuidados, quer seja na vida familiar ou na saúde pública. O

saber cuidar do outro e de si próprio, dentro de um entendimento macro, complexo e provocativo.

4. ITINERÁRIO METODOLÓGICO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo parte de uma investigação sobre as representações que o paciente pós-AVC tem de si a partir de suas ocupações. No intuito de compreender e analisar de que forma essas representações influenciam na sua qualidade de vida à medida que essas concepções são formadas nas relações sociais e refletem diretamente na sua maneira de vivenciar o cotidiano ressignificando-o a partir do enfrentamento do problema.

Esta é uma pesquisa de cunho qualitativo de caráter exploratório-descritivo, pois “reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas etc.” (TRIVIÑOS, 1987. p.110).

Segundo Minayo (1993) é no campo da subjetividade que se firma este tipo de abordagem.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993, p.244).

Nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa é que mais se adequa a esta pesquisa, pois se investigou a pessoa após sofrer o AVC, para desvendar e compreender a relevância de suas ocupações atrelada ao estudo de suas representações sociais. Segundo Teixeira (2013) “o social é visto como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem dos atores sociais e sua práticas as matérias-primas dessa abordagem” (p. 140). Assim julgamos necessário e de inigualável relevância identificar, analisar e compreender a ocupação deste paciente.

4.2. LOCAL DA PESQUISA

Diante da possibilidade de desenvolver uma pesquisa que viesse a colaborar cientificamente com a prática desempenhada, o local escolhido foi o meu ambiente de trabalho.

Assim a pesquisa de campo foi desenvolvida na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), e está localizada dentro do campus II da Universidade do Estado do Pará (UEPA), na avenida Almirante barroso

entre Perebeui e Dr. Freitas, na qual sou funcionária efetiva e atuo como Terapeuta Ocupacional, no atendimento de adultos com acometimentos neurológicos. A UEAFTO é uma Instituição pública que realiza atendimentos ambulatoriais de pacientes que são encaminhados a partir da central de marcação de consulta, com encaminhamentos provenientes do SUS, que estejam necessitando de atendimento de fisioterapia, terapia ocupacional, e fonoaudiologia. Atendem-se as mais variadas patologias dentre as mais comuns estão as neuropatias, doenças traumato-ortopédicas e respiratórias.

4.3. OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 30 pessoas que apresentavam as sequelas características de AVC e que estavam regularmente cadastrados na UEAFTO; todos os pacientes apresentaram como característica física principal a hemiplegia e hemiparesia; e após a explicação sobre a relevância da pesquisa assinaram a autorização para a participação no estudo. Nos casos dos pacientes que apresentaram dificuldades para assinar, quando hemicorpo afetado foi o dominante, neste caso o acompanhante foi o responsável pela assinatura. Como critérios de exclusão, para não comprometer a coleta de dados não fizeram parte do estudo os pacientes que apresentaram afasia, devido à incapacidade de se comunicar verbalmente.

A caracterização dos sujeitos segundo o seu perfil sociocultural nos possibilita conhecer o meio social em que vivem, pois segundo Moscovici (2009) é no meio social que existe o compartilhamento de suas experiências, de seu cotidiano, formando assim suas representações. Tal processo favorece a elaboração de seus comportamentos e a condução de suas práticas cotidianas, permitindo-nos uma melhor compreensão das de suas representações.

Assim procuramos caracterizar o universo dos participantes do estudo com dados referentes ao sexo, idade, estado civil, religião e profissão, conforme as tabelas a seguir:

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos segundo o sexo

Sexo	Frequência	%
Feminino	15	50
Masculino	15	50
Total	30	100

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos segundo a idade

Faixa etária	Frequência	%
24 a 49	06	20
50 a 69	16	53
Acima de 69	08	26
Total	30	100

A faixa etária dos entrevistados varia entre vinte e quatro (24) e oitenta e três (83) anos, com predominância entre os cinquenta (50) a sessenta e nove (69) anos, perfazendo um total de 53% dos participantes da pesquisa. A predominância desta faixa etária nos remete aos dados apontados pelo Ministério da Saúde, pois a partir dos 55 anos duplicam os riscos em se desenvolver um AVC.

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil

Estado civil	Frequência	%
Solteiro	06	20
Casado	17	56
Divorciado	04	13
Viúvo	03	10
Total	30	100

Em relação ao estado civil, dezessete (17) são casados; seis (06) solteiros; três (03) viúvas, e quatro (04) divorciados. Estes dados apesar de não influenciarem diretamente nas análises da pesquisa, apresentam repercussões na história de vida de alguns participantes quando devido o agravo sofrido houve a ruptura de seu vínculo familiar no caso de um dos participantes. E o suporte familiar recebido durante todo o processo de reabilitação e enfrentamento.

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a religião

Religião	Frequência	%
Católica	18	60
Evangélica	09	30
Cardecista	01	3
Afro- religioso	01	3
Sem religião	01	3
Total	30	100

Quanto à religião, dezoito (18) católicos, um (01) kardecista, nove (09) evangélicos, um (01) afro-religioso e uma pessoa referiu não ter religião. Esse dado contribuiu também para nos ajudar a conhecer o grupo social a que estes indivíduos pertencem, e o enfrentamento necessário segundo suas convicções religiosas sendo responsável pela manutenção de sentimentos como a esperança e a fé.

Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a religião

Profissão	Frequência	%
Motorista	03	10
Estivador	01	3
Autônomo	03	10
Domésticas	07	23
Lavadeira	01	3
Téc. de Enfermagem	01	3
Téc. em Eletrônica	01	3
Aposentado	01	3
Marceneiro	01	3
Carpinteiro	01	3
Costureiro	02	6
Empregada doméstica	02	6
Estudante	01	3
Tacacazeira	01	3
Comerciante	01	3
Mecânico de automóveis	01	3
Cobrador de ônibus	01	3
Sem profissão	01	3
Total	30	100

De acordo com a profissão os participantes se auto intitularam três (03) motorista, um (01) estivador, três autônomos, sete (07) domésticas, uma (01) lavadeira, uma (01) técnica de enfermagem, um (01) técnico em eletrônica, um (01) aposentado, um (01) marceneiro, um (01) carpinteiro, dois (02) costureiros, duas (02) empregadas domésticas, um (01) estudante, uma (01) Tacacazeira, um (01) comerciante, um mecânico de automóveis, um (01) cobrador de ônibus e um (01) referiu não ter profissão. Considera-se importante conhecer o tipo de profissão dos participantes da pesquisa, pois se constrói no transcorrer de sua história ocupacional sua percepção sobre a ocupação e seus significados.

De forma a garantir e assegurar os direitos dos participantes e não acarretar constrangimento e dano à integridade social, moral ou profissional dessas pessoas, foi mantido o compromisso ético assegurando-se o sigilo sobre possíveis informações que

pudessem identificar os participantes da pesquisa e utilizando-se de nomes próprio aleatório para cada relator.

4.4. COLETA DOS DADOS

Num primeiro momento apresentei para a coordenação administrativa da unidade a explicação sobre como seria realizada a pesquisa, bem como todos os procedimentos para coleta de dados, abordando a importância da colaboração científica para o desenvolvimento de novas práticas de trabalho em terapia ocupacional na unidade. Esta proposta foi apresentada também aos pacientes que fizeram parte da pesquisa, para que tivessem conhecimento sobre a importância do estudo e suas repercussões para favorecer os atendimentos de Terapia ocupacional.

Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que define os critérios para a pesquisa envolvendo seres humanos, foi formalizado o convite aos participantes e o agendamento da primeira coleta de dados; nesta etapa, feita a entrega e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo elucidadas suas particularidades e a finalidade do mesmo que foi assinado pelos pacientes ou responsáveis.

A escolha do material para a coleta deu-se através de entrevista semidirigida com os participantes da pesquisa. Segundo Turato (2011), a escolha por este método dá-se pelo motivo que ambos os participantes (o entrevistador e o entrevistado), apresentam momentos de colaboração durante o processo da entrevista, incluindo dados que colaborem com o intuito da pesquisa. Ainda com relação à entrevista semiestruturada, Triviños (1987) faz a seguinte observação tendo em vista o método qualitativo:

Parte de certos questionários básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar do conteúdo da pesquisa (1987. p. 146).

Assim, a entrevista contou com um roteiro (Apêndice B) com oito perguntas sobre como o paciente está envolvido em suas ocupações e qual o significado que estas ocupações têm pra ele. As entrevistas foram individuais sem a presença do familiar ou

do acompanhante de forma a não influenciar nos relatos. A fim de se manter o direito a privacidade utilizou-se um dos consultórios de Terapia Ocupacional da UEAFTO. Conforme autorização prévia foi realizado o registro através gravação do áudio. Em alguns momentos percebeu-se a necessidade de se complementar a entrevista com a inserção de novas perguntas, a fim de se alcançar os objetivos da pesquisa.

Bakhtin (1986) afirma que as palavras são onipresentes na complexa trama ideológica do tecido social, e por isso são capazes de representar as mais sensíveis mudanças nas transformações sociais.

Nestes termos, a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO; SANCHES, 1993. p. 244).

4.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram analisadas qualitativamente, utilizando-se o método de análise de conteúdo, e posteriormente transcritas. Segundo Bardin (2008) este tipo de análise pode ser entendida como:

Um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens dos indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.09).

Conforme Silva (2005), Bardin apresenta três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração da matéria e o tratamento dos resultados. Na primeira fase é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso. Para isto foi realizado a leitura dos textos para facilitar a aproximação com as bases teórico-conceituais.

A segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente. Assim, foi realizado a exaustiva exploração do material para que se atingissem as unidades de registros dos relatos. Pois de acordo com Bardin (2006), unidade de registro (UR), apesar de dimensão variável, é o menor recorte de ordem semântica que se liberta do texto, podendo ser uma palavra-chave, um tema, objetos, personagens, etc. Já unidade de contexto (UC), em síntese, deve fazer compreender a unidade de registro, tal qual a frase para a palavra.

E finalmente na terceira etapa conforme os resultados brutos, procurei torná-los significativos e válidos a partir dos conceitos da teoria que servem de base para o

estudo, com o objetivo de obter por meio de suas falas as representações sobre a ocupação. Pois, segundo Nóbrega (2003) e Sá (1998) a associação de palavras permite demonstrar que ao fornecermos uma palavra estímulo para a pessoa, estaremos possibilitando a associação de outras palavras ou expressões de forma espontânea. Assim o universo semântico se funde ao universo comum de palavras de acordo com o estímulo recebido.

Assim para que alcançassem os objetivos da pesquisa inicialmente realizou-se a transcrição dos depoimentos na íntegra, e após foram decompostos e classificados em unidades de registros de acordo com a frequência de ocorrência nas perguntas feitas aos participantes, revelando pontos interessantes a respeito de suas ocupações, permitindo assim que os conteúdos recolhidos se constituíssem em dados para análises em observações individuais e gerais das entrevistas.

Desta forma os dados foram analisados sob a luz da Ciência da Ocupação a partir do entendimento que a ocupação é tudo aquilo que apresenta um significado para a nossa vida e assim assume uma forma, uma função e significado de acordo com o contexto em que estamos inseridos, a fim de que se compreendam as representações que o paciente pós-AVC tem sobre suas ocupações e as implicações para sua própria vida. Pois para Jodelet (2001):

Representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual o sujeito se reporta a um objeto. Este pode ser tanto uma pessoa, uma coisa, um acontecimento material, psíquico ou social, um fenômeno natural, uma ideia, uma teoria etc. pode ser tanto real ou imaginário ou mítico, mas é sempre necessário (p.21).

De tal modo que dentro dos relatos dos participantes foram delineadas três grandes categorias, a saber: a) a ocupação representada como trabalho; b) a ocupação representada como tarefas domésticas e cotidianas; c) a ocupação representada como fazer algo importante, ocupar a mente, ocupar o tempo.

Na primeira categoria, a ocupação foi ancorada ao significado de estar diretamente envolvido em uma atividade que lhe possibilitasse o sentimento de sentir-se útil, produtivo como condição essencial para o bem-estar. O trabalho aqui não está associado apenas ao valor financeiro, mas de participação social e integrador as suas necessidades.

Na segunda categoria a ocupação representada como tarefas domésticas e cotidianas, a ocupação está ancorada ao significado de estar envolvidos em rotinas do dia-a-dia que lhe provocavam um sentimento de pertença dentro do núcleo familiar e

social, não podendo ser rotulado por atividades banais ou corriqueiras, mas sim interpretado ao que está intimamente relacionado ao prazer de fazer e viver.

Na terceira categoria foi representada como a necessidade de estar envolvido em alguma ocupação que possibilitasse ocupar a mente, ocupar o tempo, que o fizesse esquecer o tempo da doença e o aproximasse de seu rol de ocupações desempenhadas antes do AVC.

Em seguida, a partir das análises, apresento a ocupação como responsável pela manutenção da vida e questiono o leitor sobre a importância destas concepções para a prática da terapia ocupacional.

5. A REPRESENTAÇÃO DAS OCUPAÇÕES EM TEMPOS DE MUDANÇA

Quero ver a vida onde as pessoas estão vendo a morte (Oliver Sacks)

Mediante a análise e reflexão do material que resultou das entrevistas com os pacientes pós-AVC, foi observado que quando falam sobre suas ocupações, expressam no primeiro momento os seus sentimentos acompanhados de choro e alegria, esperança e expectativa no meio de um emaranhado de acontecimentos que provocaram mudanças tão significativas, para iniciar a reflexão sobre o significado das ocupações e tentar compreender e apreender o fazer humano e o seu papel na manutenção da saúde.

Cerca de metade dos que sobrevivem a um AVC ficam dependentes dos outros para obter ajuda nas atividades cotidianas e este pode persistir para o resto de suas vidas (FLETCHER, et al 2013).

É difícil descrever os sentimentos daqueles que se encontram afastados de suas ocupações, de seus papéis de vida devido ao AVC. Esta nova realidade se instala de maneira inesperada afetando a rotina, provocando mudanças, redefinindo funções, papéis e espaços na família e no seu contexto de vida. Mudanças essas que também apresentam e representam seus impactos nos aspectos emocionais e afetivos, interferindo diretamente nas relações pessoais. Fato que pode ser observado na fala de Tereza:

“Só eu sei o que eu passo. Fico em casa. Até pra paquerar, faz 7 anos que não tenho ninguém, por que os homens me veem desse jeito, ninguém quer uma pessoa assim.”

Falar sobre as dificuldades motoras e os sintomas desencadeados a partir do Acidente Vascular Cerebral é tarefa fácil. Porém, entendê-los na perspectiva da mudança de vida, não só pela dificuldade postural ou a perda do controle do corpo, mas entender e compreender a angústia, a tristeza e o sentimento de inutilidade em não mais poder realizar suas ocupações como antes do AVC é um desafio. Assim, torna-se necessário e imperioso estar atento a estes fatores para possibilitar uma compreensão da pessoa e suas ocupações.

Dependendo do grau de acometimento neurológico, os portadores podem manifestar déficits nas realizações das atividades de vida diária, no trabalho, no lazer, nas relações sociais e familiares. Dessa forma, o paciente sequelado de AVC possui diversas dificuldades para se desenvolver socialmente, necessitando assim de cuidados diferenciados para melhorar seu desempenho físico e cognitivo (ARAUJO et al.2012).

De acordo com Hvalsoe e Josephsson (2003), a criação de significado no cotidiano da vida é essencial para os seres humanos.

Pensar em ocupações a partir das entrevistas realizadas é pensar no valor do envolvimento nas atividades de vida diárias e domésticas, na participação das ocupações sociais e familiares, na necessidade de preencher o dia, o tempo, no cuidado de si e no cuidado do outro, no ato de fazer pelas suas próprias mãos, na limitação imposta pela funcionalidade¹⁸ do braço, no trabalho enquanto ocupação profissional que, antes podia ser entendido como obrigação e necessidade de sustento e saúde, hoje é visto como essencial para sentir-se inserido dentro de um contexto de capacidade. Além do engajamento trazendo satisfação própria e reconhecimento de outras pessoas. Sob o ponto de vista destes pacientes quanto ao processo da ocupação, estes participantes demonstram e verbalizam a necessidade de representar e comparar diversos olhares entre o passado e o presente, o antes e o depois da hemiplegia, o fazer e não poder fazer para a compreensão da ocupação.

“O meu trabalho! eu vivia muito ocupado e hoje eu sinto muita falta. Sinto falta por que eu tinha uma rotina diária assim de em média uma 14h trabalhada, eu trabalhava em 2 atelier e ainda tinha encomenda em casa. Tinha as minhas máquinas e hoje elas estão todas enferrujadas, empoeiradas... então quando era época de São João, Reveillon eu já dormia em cima da minha máquina, correndo por que tinha que entregar encomenda e eu sinto falta... muita, muita, muita falta” (Valmir).

É também falar de esperança, de fé, de coragem. É buscar o sentido¹⁹ da vida a partir daquilo que dá valor e significado, como afirma Clark (et al,1997) que são as esperanças e expectativas do indivíduo que dão significado a uma ocupação. Conforme afirma Fátima:

“Quem o dera que eu pudesse fazer tudo aquilo que eu já fiz! Eu ainda tenho fé em Deus, eu ainda não desisti! Tem hora que dá pra gente desistir, mas eu ainda não desisti. Eu tenho Fé em Jesus que eu vou voltar a fazer tudo aquilo que eu fazia. Quando eu tô fazendo alguma coisa eu me sinto tão bem, é muito importante a gente tá fazendo alguma coisa” (Fátima).

É encontrar o prazer a muito esquecido da independência no momento do banho, da higiene pessoal, é poder limpar o quintal e juntar as folhas caídas no chão, ao pensar em limites. É também sentir-se inútil pelo fato de não mais poder estar realizando suas ocupações como gostaria de realizá-las. É o aumento de sentimentos de

¹⁸Corresponde aos componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. A funcionalidade é usada no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde a incapacidade (CIF, 2005).

¹⁹o sentido diz respeito ao entendimento ou à razão.

pertença da ocupação contribuindo para algo de valor significativo. O paciente com o objetivo de marcar e comprovar a sua existência humana, faz uma abordagem de diversos eventos da sua vida, procurando um sentido e um significado (JOVCHELOVITCH, 2008).

Assim, o significado das ocupações em tempos de mudança pode ser observado nas falas dos entrevistados que expressam com propriedade os sentimentos e significados sobre a necessidade de preencher o tempo e neutralizar o tédio, e envolver-se em algo que lhe traga entusiasmo de viver, que lhe faça viver fora do tempo da doença e liberte sua capacidade de enfrentamento para além de suas limitações físicas. Pois todo esse processo deve ser interpretado a partir de uma construção social, partindo de um saber prático que é compartilhado, aproximando os sujeitos do objeto, proporcionando o entendimento das representações sociais (JODELET, 2001).

Assim o entendimento sobre a ocupação está representado na fala de Valmir:

“Eu entendo por ocupação quando nós estamos trabalhando fazendo algo, realmente ocupado, fazendo algo que seja interessante pra gente, né? Eu tô me ocupando lendo um livro, tô me ocupando com meu trabalho, tô me ocupando com meus afazeres de casa, meus afazeres profissionais. Isso pra mim é ocupação!”

Os relatos possibilitaram o delinear de três categorias analíticas, a saber: (a) Ocupação representada como trabalho, (b) Ocupação representada como tarefa domésticas e cotidianas, e (c) Ocupação representada como fazer algo importante/ ocupar a mente/ ocupar o tempo.

5.1. A OCUPAÇÃO REPRESENTADA COMO TRABALHO

A representação da ocupação nas falas das pessoas entrevistadas traz um olhar diferenciado para a Terapia Ocupacional. Entender a ocupação representada como trabalho, podendo ser atribuído significado de sentir-se produtivo, útil, como condição necessária para o bem-estar.

Além de o trabalho ser necessário para a manutenção da vida humana sobre a terra, ele também é fundamental para definir as condições de saúde de cada indivíduo, pois o momento do trabalho é o espaço privilegiado para a realização do ser humano enquanto espécie consciente de sua própria existência e de sua temporalidade (MERLO *apud* BAPTISTA, 2004).

As falas dos entrevistados atribuem à ocupação representada como trabalho, um significado que perpassa pela valorização que esta atividade lhe concede, seja pela

sua participação social, seja pela sua integração à comunidade ou ao seu núcleo familiar; uma satisfação quer seja financeira ou propriamente pessoal, possibilitando organizar sua vida cotidiana de acordo com as suas necessidades e condições.

Lussi (2012) afirma, em sua pesquisa, que a concepção do trabalho está diretamente ligada ao resgate de sentimentos, de atitudes, de habilidades e de capacidades. Se configurando como uma importante ferramenta para a igualdade de status social, possibilitando o autoconhecimento e auto realização, permitindo também uma diminuição da ociosidade. Assim demonstrado na fala de João quando perguntado sobre o que entendia por ocupação, a primeira coisa que lhe vinha à cabeça, é a representação da ocupação ancorada ao processo do trabalho:

“Eu penso em Trabalho. Nas coisas que eu tenho que fazer. Eu não fico parado. É como eu te digo eu tenho a ocupação mental e física, mas a ocupação é o meu trabalho! é o meu trabalho! Por que eu continuo trabalhando na minha profissão, apesar da dificuldade aquilo que eu não posso segurar, mas eu mando o outro segurar, o que eu não posso pregar eu mando o outro pregar. Mas eu tô ali trabalhando com operários do meu lado. Eu falo: assim tá errado, não faça assim que não dá certo. Então eu procuro trabalhar dessa maneira.”

Percebe-se que, para João, o trabalho não está apenas na execução do envolvimento manual propriamente dito, mas na capacidade de envolver-se afetivamente, organizando e coordenando o serviço. A construção e representação do significado do trabalho remetem à abstrações elaboradas no cotidiano, a fim de se obter uma sensação de controle sobre a situação e a limitação.

Emmel (2012) afirma que:

O trabalho pode ser entendido como uma atividade que dá suporte para o resgate da espontaneidade e da expressão criativa, numa dimensão de prazer, admitindo a possibilidade de produzir coisas por meio de um investimento afetivo (p.56).

João acredita nisto, tanto que para ele o trabalho o aproxima de seus papéis, o faz esquecer o tempo da doença e a reaprender a viver a partir de um novo desafio, redimensionando a forma de sua ocupação, ao delegar para o outro aquilo que não pode executar, mas mantendo sua função não só manual, mas na organização e sistematização do serviço, para encontrar significados em suas ocupações.

Fato também evidenciado por Dona Aline, quando associa a ocupação à representação de sua profissão. A alegria contida na fala e a satisfação em relembrar suas ocupações antes do AVC:

“A ocupação no meu entender é a sua profissão, que você se ocupa com alguma coisa [...] Ocupação é uma profissão que você tem, [...] a senhora perguntou, eu falo Costureira! Eu dava aula de corte e costura”.

O orgulho de poder ser reconhecido pela sua ocupação profissional a reaproxima de seu papel social e um sentimento de estar inserida num contexto social de produtividade. Conforme afirma Lancman (2007), o papel do trabalho na vida das pessoas, funciona como promotor da constituição da identidade²⁰ individual e interfere diretamente nos papéis sociais desempenhados pelo sujeito.

Fato também apontado por Emmel (2012) quando afirma que o trabalho transforma a vida das pessoas e é transformado por elas, fazendo com que as sociedades evoluam e se desenvolvam. A partir do trabalho podemos suprir as necessidades para a sobrevivência, estabelecemos vínculos para as relações sociais significativas, podendo ser ainda uma atividade desafiadora, quando precisamos superar os limites no que diz respeito à produção, a capacidade de desempenho e nas habilidades envolvidas para a função.

Assim como para Gilberto, pois para ele a ocupação não é só estar envolvido no trabalho para satisfazer suas necessidades, é também estar apto e envolver-se com o trabalho e suas atribuições e exigências:

“Ocupação é algo que você deseja fazer de acordo com as suas necessidades, é estar fazendo um trabalho. É você estar apto a fazer um trabalho que faz parte de um dado contexto de trabalho. [...] Olha eu penso assim se um dia eu voltar a trabalhar, porque a gente como diz, assim, enquanto há vida, há esperança né? De um dia eu poder pegar um tijolo com essa mão aqui, e sentar uma lajota pra fazer um piso” (Gilberto).

Para Gilberto, existe a necessidade de sentir-se apto para realizar um trabalho, suas formas de ocupação estão prejudicadas pela funcionalidade do braço, da perna, das mãos. O fato de não conseguir realizá-las como antes o impede de exercer suas funções, já não consegue mais se ver em suas ocupações de trabalho. Hoje suas ocupações são repensadas, organizadas, representadas e concretizadas de outras formas, foram direcionadas para os cuidados da casa e da família, porém o significado de sentir-se produtivo através de seu trabalho ainda não é viável. Mas mesmo assim mantém a esperança.

²⁰ Identidade pode ser percebida como a visão superior de nós próprios que inclui a autoestima e o autoconceito, mas que também reflete de maneira significativa e é influenciada pelo mundo social no qual nos encontramos (CARLETO, 2010).

É a representação de que através da ocupação enquanto trabalho pode-se conseguir algo, adquirir algum bem. Ou seja, é a ocupação como trabalho proporcionando satisfação pessoal e sendo agente de possibilidades, como afirma Júlia:

“Ocupação é tá trabalhando, tá fazendo alguma coisa. Ocupar todos os espaços do tempo. Se trabalha se tem mais alguma coisa.”

Enfim, para Júlia, que trabalhava como técnica de enfermagem e morava sozinha, seu trabalho era essencial para que ela continuasse a manter o padrão de vida social que levava antes do AVC, e atualmente se encontra afastada de suas funções ocupacionais. Pois seu trabalho proporcionava também a aquisição de bens materiais, além de melhorar sua condição financeira, suas condições de moradia, a aquisição de roupas, alimentação e lazer.

Para Ana é o fato de se ter um trabalho, é estar envolvido em uma ocupação que lhe proporciona independência, autonomia, domínio de sua vida:

“O que eu entendo por ocupação? Uma pessoa que trabalha né?! Eu trabalho, eu tenho uma ocupação! [...] antes do AVC eu trabalhava fora, quando eu chegava na minha casa trabalhava também[...]. Era muito ativa, agora, que eu fiquei assim? Eu não faço nada, que eu fico só sentada. (Choro intenso) [...] Eu trabalhava, mas, não tem relação financeira, eu tinha minha vida, e agora pra tu beber um copo d’água ter que depender dos outros, eu quero ir no banheiro e não poder, sabe? é difícil!”

A circunstância em que Ana se encontra pós-AVC, não lhe trouxe apenas as limitações físicas, mas a privação de todas as suas formas e funções de suas ocupações. Antes todos os papéis envolvidos estavam sendo desempenhados independentemente não só por uma questão financeira propriamente dita, mas pela representação da importância de autonomia e controle de sua própria vida.

E ao lembrar o período antes do AVC é perceptível o tom de orgulho com que se referia ao seu trabalho, e hoje não mais se reconhece dentro de suas ocupações significativas:

“Antes o trabalho era tudo pra mim. Antes eu me sentia forte (sorriso) tudo era o trabalho de importante! Agora por causa do meu braço, só um do esquerdo eu faço, do direito quase não mexe... hoje eu me sinto inútil... por que eu não escrevo (choro) antes eu sabia ler e escrever e agora eu não consigo! Hoje eu me olho e não consigo ver as ocupações de antes” (Sr. Campos).

O trabalho está vinculado a uma necessidade pessoal, a uma condição de garantia da própria vida: “Ele precisa trabalhar para sobreviver” (EMMEL, 2012). Então, ao deixar de cumprir as ocupações que dão sentido e significado pode-se estar influenciando as condições de saúde e desenvolvimento pessoal.

Pois segundo Campos *apud* Araújo (2012) “as sequelas do AVC ameaçam a ascensão do paciente ao mercado de trabalho, transformando-o em um ser vulnerável socioeconomicamente” (p.6).

Assim, o afastamento de suas ocupações de trabalho também levaram a outras consequências, como o abandono da família, a dependência financeira e a privação de continuar mantendo os hábitos em suas vidas que se refletem no seu lazer, no seu vestuário, na sua alimentação, e de fazer o que gosta. Como pode ser observado na fala dos entrevistados:

“Agora eu sem trabalhar não posso mais pagar um jornal, eu tinha a assinatura do jornal, eu tinha a assinatura da Veja (Revista) [...] Hoje eu cortei a assinatura do jornal, eu cortei segunda-feira a assinatura da Veja por que ficou alta, mesmo com a minha aposentadoria eu acho que é um dinheiro que não vale a pena eu pagar, por que antigamente eu tinha um ganho por fora, né?! Hoje o meu ganho por fora é minha aposentadoria que eu tenho que comprar meus remédios, eu tenho que comer, entendeu?” (Dona Aline).

“Eu era casado, mas depois que eu tive essa doença a minha mulher me largou, meus filhos. Essa minha situação assim hoje é muito ridícula sabe?! Muito ridícula! É por que antes quando eu era bom eu podia fazer o que quisesse, trabalhava, fazia tudo, e hoje em dia não, eu fico dependendo das pessoas as vezes eu nem peço, por que as vezes eles não querem fazer, querem botar banca” (Jorge).

“Antes eu trabalhava de vendedor de loja; motorista particular na SEGUP, ai me deu o AVC, ai me botaram na rua. Agora eu não tenho nenhuma ocupação. Atualmente eu faço é vim pra cá, é fazer coisas que preenchem o meu tempo. É vim pra cá, é indo pra lí, é indo no médico, é vendo televisão, ler jornal” (Sr. Domingos).

As pessoas verbalizam suas necessidades, apontando suas dificuldades e mudanças, procurando compreender, apreender e socializar seus novos saberes e significados da ocupação articulando a afetividade, apoio, escuta para poder se integrar em um novo processo de vida.

É na importância destes relatos e nos significados atribuídos a eles que devemos estar atentos para aquilo que após o AVC lhe foi tirado de maneira abrupta, o afastamento de suas ocupações não privou estas pessoas só do trabalho assalariado, mas de funções consideradas indispensáveis por elas, que repercutem na sua vida familiar com a ruptura de vínculos, na sua vida financeira com a diminuição ou perda de sua renda, na sua vida afetiva com a marginalização social, na sua vida social com a privação de atividades de lazer e celebrações sociais, na sua vida cotidiana interferindo diretamente na sua rotina e redimensionando seus interesses e particularidades.

5.2. A OCUPAÇÃO REPRESENTADA COMO TAREFAS DOMÉSTICAS E COTIDIANAS

“O cotidiano é hoje redescoberto como momento de análise do dado social, na complexidade que esse mesmo social envolve a perspectiva de que o cotidiano possa ser o espaço onde os processos simbólicos são elaborados e reelaborados em si mesmo e a partir das relações que tem com outros processos simbólicos, faz do cotidiano como tal o espaço mesmo de compreensão do processo simbólico e das relações de poder que aí se imbricam” (LIMA, 2004).

A vida cotidiana nos relatos está representada no envolvimento em realizar e participar de tarefas que na vida de todo dia, remetem aos mesmos hábitos e costumes, como acordar e fazer o café, levar o filho à escola, ir ao trabalho, ler o jornal, assistir televisão, arrumar a casa, realizar a higiene pessoal, fazer o almoço para esperar os filhos e marido para almoçar, também o descanso, dentre outras.

Assim afirma Heller, “A vida cotidiana é a vida do homem inteiro, não existindo homem sem cotidiano e cotidianidade” (HELLER *apud* BENETTON 2010. p. 2). Este fato pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa.

“Eu me acordo, escovo o dente, faço café, dou café do meu esposo, ai depois lavo calcinha, roupa leve, e eu vou fazer a comida que meu neto chega 11:30h. Lavo a louça, depois dou uma descansada, eu me acordo, se tiver alguma coisa pra fazer eu faço, alguma coisa eu arranho pra fazer de tarde, tomo banho, e pronto.” (Elem)

“As minhas ocupações diárias às vezes as minhas filhas não gostam que eu faça e eu já gosto de fazer.[...] quando eu quero lavar uma louça elas não deixam, eu quero fazer uma coisa elas não deixam... aí eu choro e falo: não quero mas vir mais pra cá não, por que tu não deixa eu fazer, eu não tô inútil que eu não posso fazer nada. Eu posso fazer!” (Dona Flor).

Para dona Flor, o cotidiano não pode ser entendido como atividades banais e corriqueiras, mas sim entendido e associado a tudo aquilo que está intimamente relacionado a seu prazer de fazer e de viver, é a importância de ter suas ocupações reconhecidas pelo outro, no cuidado com o outro, é sentir-se útil. Existe a necessidade de romper com a barreira simbólica da sua percepção sobre as impressões do outro a seu respeito. Desempenhar suas ocupações é o que a motiva e atribui significados a sua vida. É a sua ocupação que ressignifica suas funções, e a integra aos seus papéis, apesar de suas limitações físicas e funcionais.

Conforme afirma Doimo *et al.*(2008), quando as pessoas estão sem ocupação, mesmo que estejam em casa, com familiares ou sozinha, muitas delas necessitam de um

sentido para sua vida, se sentindo subutilizadas, podendo desencadear sentimentos de negatividade e inferioridade.

Outros relatos também atribuem a mesma maneira de pensar, tais como:

“Quando tu falou a primeira vez ocupação, eu pensei logo nas coisas diárias do dia-a-dia, coisas que eu faço. ocupar-se. Eu fazia faculdade de artes visuais na Federal, estava em processo de TCC, eu ia defender em junho, mas como aconteceu tudo isso foi adiado. [...] De manhã eu fazia as coisas da casa, limpava a casa, lavava roupa, fazia almoço todo dia.. e a tarde eu ia pra faculdade 13h e ficava lá. E quando voltava eu ficava estudando na frente do computador, fazendo o meu TCC. Todo dia era isso (Suzana).

A mudança na rotina define a mudança nos papéis antes desenvolvidos, o cuidador passa a ser cuidado, pela dependência imposta pela doença, invertem-se os papéis. Antes do AVC, quem oferecia cuidado e administrava a casa hoje depende do cuidado dos outros para poder manter seu próprio cuidado. Para estes, a ocupação tomou outra forma, que ainda necessita ser adaptada de acordo com a nova realidade, e que não está diretamente ligada ao tempo e as sequelas impostas pelo AVC, mas, segundo os relatos, pelo fato de ainda não terem redescoberto novas funções nas quais encontrem significado.

“Mudou bastante a minha rotina. Eu consigo tomar banho sozinha, fazer minha higiene ainda consigo, mas não consigo me vestir só (...) Não posso nem cuidar da minha filha. Eu tenho medo até de pegar minha filha no colo e deixar ela cair, por causa do meu braço (...). Hoje em dia quem faz tudo é minha mãe. Eu fico muito triste de ver ela fazendo tudo o que eu queria fazer. Pra mim é como se eu não fosse mãe dela ainda. Eu não posso nem amamentar minha filha! (fala chorando) Eu não consigo ter cabeça pra estudar e preparar para defender o TCC” (Suzana).

O que incomoda Suzana não é só a paralisia do braço direito e todas as limitações físicas funcionais ligadas a esta dificuldade, mas sim o que estas dificuldades proporcionaram na sua vida, como o fato de não poder segurar sua filha recém-nascida, por medo de deixa-la cair; não conseguir amamentar, devido o uso das medicações; não conseguir trocar uma fralda ou segurá-la para dar o banho. A função de mãe lhe foi tirada. É conviver com a insegurança de que isto possa não ser reversível, e reaprender a ver o outro tomar a frente de sua vida, quando o cuidado materno passa a ser desempenhado não mais por si, mas pelas pessoas ao seu redor.

Para dona Estela, suas ocupações cotidianas estavam relacionadas aos cuidados com a casa, com os filhos, com a família, e intimamente ligadas as suas habilidades manuais (abrir, fechar, pegar, etc).

“Até costurar minha roupa a mão eu costurava, fazer de tudo em casa. Eu fazia de tudo em casa, varrer casa, cozinhar, lavar roupa a mão, ir buscar o filho no grupo. Fechar a casa, fechar o fogo, tirar a roupa do quintal, vai buscar o filho no grupo, quando chegar, abre a casa, abre o fogo, põe roupa no quintal... né? pra mim é isso que é ocupação. Eu fazia isso todo dia, só cuidava da casa e dos filhos” (Dona Estela).

O que mais lhe causa incomodo neste momento é ter que reconhecer sua dependência para a realização dessas atividades tão significativas para ela. Seu papel na família foi alterado, à medida que não conseguiu mais realizar suas ocupações. Apesar das ocupações de manutenção em casa às vezes serem consideradas como sendo de baixo valor e satisfação, elas ainda tinham alto significado para o papel como dona de casa. Para Heller *apud* Mafra (2010), o espaço do cotidiano não está só associado à repetição de tarefas, mas, sobretudo a um espaço de produção de sentidos, não se podendo dissociar o cotidiano da história.

Portanto, a história de vida do individuo compõe a história da sociedade, não se podendo entender suas representação distanciadas destas.

“Ah! quando eu tava bom eu saia, ia na praça ver o futebol dos moleques, ia no ver-o-peso fazer compra, eu fazia tudo. Eu me sentia muito alegre. Meu filho dormia a manhã toda mas agora depois que me deu o AVC eu não posso mais fazer. Ah eu não faço mais nada hoje não. Tudo o que eu fazia na minha casa agora quem faz é a mulher e o meu filho, até dar comida pro cachorro. Agora tá tudo diferente. Antes do derrame eu tava bom, eu podia andar, eu podia ir pra qualquer parte, eu podia fazer qualquer coisa”(Sr. Jorge).

Assim, ao pensarmos nas ocupações diárias, não podemos isolá-las sem antes tentar compreender como seria (re)aprender a viver dentro de um contexto que lhe causa estranheza e dor, por não conseguir explorar seu universo particular, gerando sentimentos de dependência e inutilidade. Bem como toda a representação não só funcional, mas social de onde a pessoa está inserida, limitando suas habilidades e o afastando de suas formas ocupacionais anteriores ao AVC.

Para Veronese (2007), a vida diária deve ser entendida como lugar em que se tecem os fios da trama social, é onde ocorre a construção daquilo que chamamos de realidade que só se torna real ao ser apropriada pelos sujeitos sociais, adquirindo status de externalidade pura.

Galheigo (2003) afirma que nossos afazeres diários são transformados ao longo da vida e da história, e conforme o interesse e a predominância são substituídos e modificados, por uma motivação individual, que pode ter relação com o tempo ou com

as mudanças ou conquistas pessoais, ou por uma mudança sócio histórica, como no caso do AVC.

Cabe, portanto, uma breve reflexão sobre este aspecto: como seria se estivéssemos nesta mesma condição, vitimados por um AVC e da mesma forma afastados de nossas ocupações?

Como seria se de repente ao longo de nossos 50 anos de idade, tivéssemos nossos planos interrompidos? Ou mesmo se antes aos 25 anos de idade tivéssemos um AVC e ficássemos com as sequelas? E se neste momento de nossa vida tivéssemos uma vida profissional estruturada, a família organizada, os estudos concluídos e completamente independentes financeiramente?

Direciono meus questionamentos principalmente para os profissionais da Terapia Ocupacional. Como seria se tudo isto fosse retirado de forma abrupta? Ter o afastamento de todas as suas funções e papéis? Ter que depender do outro para realizar coisas simples, como pentear o cabelo, escolher uma roupa, dançar, jogar uma bola? Ou ter a sua privacidade invadida pelas mãos de algum familiar no momento do banho e da higiene pessoal, ou pior ainda pelas mãos de um estranho? Não poder segurar uma colher e saborear a comida no seu tempo, escolher o que quer comer e preparar pelas suas próprias mãos.

É esperar o tempo do outro, é admitir a dependência e ter que exercitar a paciência, é sentir a tristeza invadir o tempo de viver e fazer morada, é ver sua rotina ser revirada, seus hábitos e costumes modificados pela ação do outro. É ter que reaprender a viver pelas mãos do outro e tentar descobrir suas capacidades quando se está vivenciando o tempo das incapacidades. O desafio será o de descobrir o que cura? O que salva? O que é capaz de resgatar a motivação e o enfrentamento para continuar vivendo o cotidiano? Como atribuir novos sentidos e significados a novas formas de ser e fazer?

Assim, lidar com o cotidiano é sempre intervenção que exige um lidar com a concretude do homem, esse movimento de múltiplas relações. O cotidiano não é rotina, não é a simples repetição mecânica de ações que levam a um fazer por fazer. O cotidiano é o lugar onde buscamos exercer nossa prática transformadora, é o social; é o contexto em que vivemos (FRANCISCO, 2001, p. 76).

Portanto as ações do cotidiano não podem ser consideradas banais, pois não podemos dissociar o ser humano de suas rotinas, de suas práticas sociais, do ambiente transformador e criativo.

Assim como faz o Sr. Antônio esforçando-se para transformar seu cotidiano, para estar inserido de acordo com suas limitações, em busca de um prazer de viver.

“Hoje eu não tenho muita ocupação porque eu estou aposentado e já tenho um salário pequeno, mas dá p viver e a minha ocupação é me deitar, andar em casa, eu não paro num lugar certo. Se eu tenho que me deitar eu me deito, se tenho que andar eu ando... não tenho muita preocupação com a vida. [...] É que eu podia fazer tudo que eu queria, agora infelizmente eu não posso fazer tudo o que eu queria, tem que fazer o que manda a patroa diz: não faz isso! Eu não faço, por que eu gosto de obedecer tudo, mas eu gostaria de fazer o que eu queria” (Sr. Antônio).

5.3. A OCUPAÇÃO REPRESENTADA COMO “ALGUMA COISA”, OCUPAR O TEMPO, OCUPAR A MENTE.

A ocupação nesta categoria foi representada como algo que permitisse ao sujeito fazer alguma coisa que ocupasse o tempo, a mente. Segundo relatos desta pesquisa, ‘ocupar o tempo’ significa renunciar o ócio quando o tempo se dilata diante da impossibilidade de execução de algumas ações. Refere-se também a ocupar a mente como uma forma de não pensar em sua nova condição diante das ações e dos afazeres que antes lhe impediam de refletir sobre o que não agrada ou afronta.

Após o AVC, o tempo desses sujeitos se dilata. Sobra mais tempo diante das poucas coisas que as limitações físicas, funcionais e emocionais lhes permitem fazer, o que os confronta com a possibilidade de novas descobertas sobre outras formas, funções e significados a serem atribuídos às tarefas que lhes tragam prazer.

Mas assim como esse ‘tempo’ que agora lhes sobra pode agir em favor de um afastamento cada vez maior das funções e significados que as antigas ocupações possuíam, pode também agir em favor de uma ressignificação, de uma redescoberta de si diante de um novo contexto. Para tanto, cabe analisarmos de modo mais amiúde o relato do Sr. Renato sobre o processo de ressignificação de suas ocupações.

Eu tinha uma oficina e passava o dia todo pra lá. Era tudo meu eu que comandava. Eu que botava a mão na massa e coordenava o serviço. Antes eu tinha amigo, eu ganhava dinheiro, saía pra beber e levava todos os amigos.[...] Isso era todo sábado e domingo e durante a semana era só trabalho.[...] Depois que aconteceu isto comigo eu entreguei tudo, aí eu vim aprender o que era a vida, eu não sabia o que era a vida. A melhor coisa que a gente tem é a nossa família o resto é coisa furada! Aí hoje eu ajudo a minha mulher, eu varro a casa, eu convivo com os meus filhos, eu hoje vou na casa da minha mãe, visito ela, eu cozinho em casa, assisto a televisão, lavo minha cueca, hoje eu dou mais valor pra minha família, quando eu caí

doente se não fosse a minha família eu nem sei. É doído pra mim falar agora que demorei tanto tempo pra ver isso.

Neste depoimento foi observado que ao refletir a ocupação o sujeito passa por um processo de análise profunda da sua condição, buscando vários fatores positivos e negativos da sua vida que no seu depoimento vem elencado e representado nas expressões: “eu tinha”; “era tudo meu”; eu ganhava dinheiro”; “eu tinha amigo” ; “levava todos os amigos para beber”. Essas revelações descrevem o cotidiano do sujeito, representando o que foi sentido, vivido e construído por si.

Antes do AVC, o Sr. Renato “ocupava a mente” no convívio com os amigos do círculo de trabalho aos finais de semana e longe da família, desempenhava o papel de mantenedor financeiro e material do lar, de modo que sua ocupação como ‘lazer’ funcionava como um repositório de energias para o espírito e o corpo. O Sr. Renato não tinha ‘tempo’ para refletir sobre seu papel de esposo ou de pai, além de que não sentia prazer em exercê-lo, pois isso não lhe ocupava a mente e o tempo, mas ao contrário, era representado como algo que o desgastava.

Sua nova condição, portanto, o confronta, obrigatoriamente, com um novo contexto de vida, de possibilidades limitadas. O Sr. Renato não consegue mais manter financeiramente as atividades de lazer que lhe davam tanto prazer, o que resulta numa diminuição considerável de seu círculo social, pois agora não mais trabalha. Está restrito ao convívio familiar e diante da possibilidade e da necessidade de exercer seu papel de esposo e de pai. E no tempo que agora tem para refletir sobre si, redescobre a importância do convívio em família, do valor da esposa e dos verdadeiros laços afetivos, ressignificando seu cotidiano e redescobrando a importância de viver a partir desse novo tempo.

Antes do AVC, o tempo era uma sucessão de horas que a pessoa via passar através das coisas que ela fazia, das ocupações do trabalho ou da rotina de cuidados com a casa, com os filhos, etc. Agora, as sequelas do AVC instalam na pessoa uma nova temporalidade, que por ora será denominada de tempo da doença, que diante da impossibilidade de realizar suas ocupações, que antes lhes eram prazerosas, buscam novos significados nas poucas tarefas que agora conseguem fazer.

Para Valderrama (2013), a ocupação é o meio pelo qual a pessoa mantém a saúde e o bem-estar, e através dela pode-se estabelecer tratamento e possibilitar a cura, fornecendo um significado e um sentido próprio, conforme relata o Sr. Carlos:

“Olha eu procuro preencher o meu dia da melhor maneira possível, eu tenho minha ocupação tanto física como mental, eu trabalhando, muitas vezes [...] vamos dizer assim[...] meditando, não pensando que estou doente, pra mim eu não estou doente, estou curado! Eu tenho uma deficiência, mas eu não me vejo uma pessoa doente, inútil”.

Assim ocupar o tempo simboliza para Carlos manter a mente ocupada para não vivenciar o tempo da doença, parece-me que a forma como ele se relaciona com o seu tempo é admitindo que ele não é renovável, por isso procura se ocupar da melhor maneira possível, meditando, trabalhando ou envolvido nas tarefas de casa, é uma escolha pessoal e não obrigatória, para fazer valer o sentido de estar vivo e saudável.

Representa o início de um tempo de reconhecimento de limites e possibilidades, tentar fazer o que pode e consegue, e através desta ocupação ressignificar. Conforme se pode constatar na fala de Cíntia:

“É fazer alguma coisa, pra mim, do jeito que eu estou limitada, eu faço muita palavra cruzada, eu gosto muito de ler então eu fico lendo, eu vejo muita televisão, assim, eu ocupo muito a minha mente pra não ficar vazia”.

Portanto, é necessário que se esteja envolvido em algo para manter a atenção e a concentração, como estratégia mantenedora da autoestima, e assim afastados de pensamentos negativos e depreciativos, pois para essas pessoas a ausência de uma ocupação significativa está associada a ociosidade, podendo resultar na desesperança de um dia retomar sua rotina diária.

Diante dos aspectos abordados nestas entrevistas que envolvem a ocupação, foi observado que o indivíduo com o objetivo de se integrar ao mundo ao seu redor e compreender os problemas existentes, para enfrentar e atender as suas necessidades, lança mão de suas experiências do dia-a-dia.

Para Doimo (2008), o tempo livre pode estar intimamente relacionado à solidão quando associado à forma de lazer passivo, como assistir televisão. Pois para a autora as pessoas solitárias tendem a ocupar seu tempo livre com este tipo de atividade por que não encontram satisfação e motivação em determinadas áreas e acabam direcionando para atividades poucos exigentes e de baixo envolvimento social e dinâmico.

Assim, existe a imperiosa necessidade de ao envolvermo-nos em ocupações estarmos atribuindo um determinado valor e significado, o “tempo livre” hoje serve para preencher o dia e esquecer as preocupações, conforme associa Wilma e Dona Estela:

“Ocupação pra mim é assim quando eu estou com a mente bem, não estou preocupada com nada. Tô esquecendo os problemas com uma ocupação” (Wilma).

“Ah eu penso que quando eu tô ocupada eu estou me distraindo... aí não tem nada pra eu me preocupar, não penso em coisas ruins. Às vezes quando não tem nada pra fazer eu me deito e logo me levanto pego a máquina e vou costurar. Quando eu tô trabalhado eu não penso em besteira” (Dona Estela).

É a ocupação possibilitando recorrer à lembrança daquilo que lhe trazia prazer e satisfação, e lhe permite esquecer-se de momentos desagradáveis, é o Bem-estar físico como um meio para aumentar o bem-estar mental. Como diz Dona Maria:

“A primeira coisa que me vem à cabeça é eu batendo um açaí, por que ia estar com a minha mente ocupada (Risos) por que ia estar com a minha mente ocupada ali na máquina. Feliz! Quando eu tô fazendo alguma coisa eu fico com a minha mente ocupada. Mas quando eu não tô fazendo nada aí eu fico lembrando do meu filho que morreu, foi uma perda muito grande[...] aí vai me dando uma tristeza. Mas é a vida!”.

Assim, Yerxa (1993) afirma que um dos pressupostos da Ciência Ocupacional é que o ser humano está envolvido nas ocupações não só através dos músculos, ossos e sistemas de órgãos, mas através das famílias, sociedades, culturas, sistemas de significado e todos os que contribuem para a sua participação em atividades de vida diária.

Portanto, a necessidade de estar envolvido em ocupações, em realizar algo significativo envolve um confronto direto com as limitações e incapacidades que lhes são atribuídas, para que se sinta parte de um meio e estar integrado a este. Buscando formas de compreender, entender e apreender, no conhecimento do senso comum, o novo, tornando o não familiar em familiar.

Para Aquino (2007), o consumismo social interfere sobre a interpretação do tempo livre, marginalizando-o, coisificando-o e empobrecendo-o de significados.

Então, a importância em resgatar o valor da ocupação, como forma de ocupar o tempo, a mente, está também relacionada à quebra de paradigmas impostos pela sociedade. A ocupação necessita ser ancorada ao valor do fazer humano. Pois é preciso que os profissionais de Terapia Ocupacional compreendam “o que os seres humanos fazem com o seu tempo, quais os seus objetivos e o que significam para o indivíduo e para sociedade?” (DICKIE *apud* SPACKMAN, 2011). Para que a partir desta visão possamos traçar diálogos sobre o que traz sentido e significado para viver, reorganizando suas formas e funções de acordo com a sua temporalidade.

Pois conforme afirma Bernardo (2012), as ocupações são práticas construídas através das relações sociais, é produzida no indivíduo, experimentada no seu interior e materializada no seu meio. A ocupação não pode ser isolada do indivíduo, sendo ele agente de seu próprio sistema integrador é necessário que se conheçam as influências de seu meio histórico e social, pois através de nossas ocupações materializamos nossas singularidades.

5.4. O AFASTAMENTO DE SUAS OCUPAÇÕES

Para a Terapia Ocupacional muitas vezes encontramos a ocupação relacionada a algo que promove saúde, no entanto devemos levar em consideração que nem sempre isto se torna verdade quando a ocupação está associada a um ambiente adoecedor ou a funções de exploração, física, intelectual entre outros, não cabendo neste momento como alvo de discussão. Já que nesta seção estarei apontando a percepção da ocupação daquelas pessoas que se encontram afastada de suas ocupações.

Assim, devido a atual condição física decorrente do AVC, estas pessoas podem deixar de realizar suas formas ocupacionais, quer seja por privação familiar ou por limitação própria, desencadeando sentimentos de inutilidade, incapacidade, tristeza, apatia e até mesmo depressão, mas em alguns casos mantém a esperança do retorno de movimento do corpo paralisado para que um dia possa ter a capacidade de retomar suas atividades significativas.

A ocupação neste contexto está relacionada a uma visão de manutenção de saúde, segundo Wilcock *apud* Hocking (2011) a participação em ocupações colabora para a manutenção da saúde a partir de um envolvimento e uso de suas capacidades. “A capacidade de cada pessoa reflete um potencial humano, por meio de sua herança genética, traduzida pelo processo de desenvolvimento e uma história de vida única de oportunidades ocupacionais” (p.47). Assim, a história de vida se integra as histórias ocupacionais dos participantes, não podendo ser isoladas de seus papéis ocupacionais.

Motivo pelo qual as falas das pessoas foram interrompidas pelo choro, pois viver a temporalidade da doença é conviver com os limites impostos pelas sequelas. Este fato pode ser demonstrado a partir dos relatos a seguir:

“Eu tava varrendo casa e foi tomar um banho, aí paralisou tudinho, fez um mês. Um mês sem a perna, um mês sem o braço. [...] Agora, que eu fiquei assim eu não me ocupo com nada, eu fico só sentada. (Choro intenso) Não, porque fica muito difícil (Choro) Pensar que tu fazia tudo, e do nada tu vai tomar um banho, tu fica assim. Eu trabalhava, mas, não tem relação financeira, eu tinha minha vida! e agora pra tu beber um copo d’água ter que depender dos outros, eu quero ir no banheiro e não poder, sabe? é difícil”. (Lúcia)

A fala de Lúcia envolta em choro e pesar refere não só a dificuldade de realizar suas funções, mas também de olhar o corpo e não senti-lo pela falta da função, devido a paralisia. E ao relembrar o tempo da independência e do domínio da própria vida, percebe a dificuldade em ser dependente de outros. A percepção do corpo está alterada e interfere diretamente na sua imagem corporal, a fala está impregnada de sentimento de luto e incapacidades. A lesão conseguiu afetar sua autoestima e sua relação social, e agora viver com a incapacidade não é tarefa fácil.

Do ponto de vista terapêutico, reabilitar os membros paralisados pode ser alcançado com exercícios e práticas específicas, mas como devolver a função de seus papéis sociais integradores? Será que ao recuperar a função estaríamos também favorecendo a reintegração de seus papéis ocupacionais?

Para Estela, mesmo tendo certa independência, ainda se vê afastada de seus papéis ocupacionais, e mesmo desenvolvendo certa ocupação ainda se distancia do que realmente se deseja fazer. Perceber que os papéis antes desempenhados, agora foram invertidos, e ter que aprender a lidar com esta nova realidade não é simples.

“Hoje eu acordo de manhã, chamo meu filho pra ir pra escola, mas já não consigo arrumar ele pra ele ir bem limpinho. Sinto vontade de ir com ele até a escola mas hoje é o pai dele quem vai. Tudo o que eu fazia antes alguém faz. Só consigo tomar meu banho, e mesmo assim tenho medo de cair, e fico com a porta aberta. Mas eu preciso de ajuda pra me vestir, preciso que alguém faça meu café... antes eu fazia tudo pros outros agora eles é que fazem pra mim” (fala com tristeza)(Estela).

É ter o entendimento de que a afastamento de suas ocupações está também relacionado ao momento da independência na hora do banho e em tudo o que está envolvido neste contexto, desde a percepção corporal até, aos desejos e vontades acarretando na perda da privacidade e da autonomia para Dona Ana:

“Eu fiquei com dificuldade pra tomar banho, pra me vestir, por que esse lado quase não levanta, então... antigamente eu claro tomava banho só. [...] Eu sinto muita falta de tomar banho só. Eu não posso me passar sabão pelas minhas pernas, eles que passam. Eu não posso passar sabão pelo meu pé, agora que eu arranjei um jeito de me sentar no vaso sanitário e me passar creme... por que (começou a chorar) você não sabe o que é você fazer as coisas só e depois você fazer pelas mãos dos outros, né?! (Choro). Quando eu entrava pra tomar banho eu agradecia muito pra Deus, e tinha um hino

que eu cantava sempre no banheiro era [...] meu Deus [...] esqueci esse hino por completo, hoje eu não me lembro.”

Fato comprovado por Monteiro (2012) quando afirma que:

O momento do banho, além de possibilitar a higiene corporal, também pode ser visto como um momento de percepção do próprio corpo, de tocá-lo, de sentir a textura da pele; é um momento de devaneio, de conscientização do corpo de hoje e memória de um corpo anterior, e de um devir de um corpo futuro. Na hora do banho a mente “viaja” [...] costuma-se cantar, pensar na rotina do dia, lembra-se do dia anterior, traça-se planos, etc.(p.25).

Assim quando este momento sofre interferência de outra pessoa, inicia-se o tempo do outro, privando-o de tudo aquilo de mais íntimo que um dia lhe pertenceu. Aprender a viver fora do tempo da doença requer encontrar um novo significado ao cotidiano, para além de suas dificuldades físicas e funcionais.

O afastamento das ocupações influencia em ter que esperar o tempo do outro, é reconhecer que necessita de ajuda para a realização de alguma atividade, é ficar exposto à dependência do outro. Fato também relatado por Dona Sônia:

“Eu não faço nada! É isso que eu fico agoniada... eu não faço nada! Eu fico deitada lá em cima de uma cama, [...] Agora mana até pra eu ir pra rua eles me botam na cadeira de roda. Eu não faço nada! Até pra mim tomar banho, tem que colocar uma cadeira no banheiro pra mim me banhar. Agora mana, se não for de carro eu não vou p lugar nenhum, agora tem até uma cadeira de roda (choro) pra mim botarem e ai ele me empurra e me deixa lá na frente, por que eu fico lá na frente na porta da casa da vizinha”.

Para Dona Sônia as barreiras físicas, sociais e a dependência da família repercutem no desempenho de suas atividades do dia-a-dia, modificando sua participação e envolvimento em suas tarefas, mesmo naquelas consideradas básicas como higiene pessoal, suas funções motoras interferem no seu desempenho ocupacional e conseqüentemente na sua qualidade de vida, gerando tristeza, apatia, ansiedade, tensão, perda de interesse, diminuição de autoestima e o aumento de sentimento de dependência.

O afastamento das ocupações também acarretam privações em atividades relacionadas ao lazer e socialização. Assim Aquino (2007) afirma que o lazer deve ser entendido como um tempo em que o individuo pode entregar-se a vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, com participação voluntária.

“Ah! eu senti muita diferença no início depois da doença, agora não. Faz muito tempo né, 12 anos, já me acostumei assim. Eu sinto falta da minha mão normal de novo, do meu pé, eu brincava bola, não brinco mais. Eu sinto falta porque, eu não posso fazer aí peço ajuda pros meus irmãos. Aí, eles

dizem ah deixa aí, depois eu faço. Aí eu fico invocado, aí eu sinto falta assim né, do que eu não posso fazer” (Bosco).

Como relata Bosco, o fato de não conseguir mais brincar de bola, por não conseguir chutar, pular e correr, o privou de vivenciar uma de suas atividades que considerava prazerosa e integradora de seus papéis sociais. No entanto, o tempo foi agente determinante para transformar sua rotina e entender os limites, elaborando uma nova representação sobre si mesmo, na compreensão de seus limites.

A partir do exposto, pode-se entender que as ocupações não podem ser entendidas fragmentadas e isoladas do contexto social. As ocupações merecem ser entendidas dentro de um novo paradigma para Terapia Ocupacional, é estar associado e ter a convicção que são as ocupações que atribuem valor e significados ao homem.

A ocupação não é uma coisa, um indeterminado. Não é um mineral, pedra, uma molécula, um tecido. A ocupação é das pessoas. Em TO , o objeto do estudo não é um objeto, mas um sujeito que pensa, age , decide. Nem o separado do sujeito, o sujeito sendo ocupação é a ocupação. A ocupação não está separada do povo, não é um elemento mediador. O meio ambiente não é um método de intervenção. Caso contrário, vamos reificar, naturalizando e desumanizando assuntos e com isso, a nossas práticas podem afetar o bem-estar do povo. (GUAJARDO, 2012, tradução nossa.).

Ao afastarmo-nos da visão do homem fragmentado, podemos estar nos direcionando para uma prática integradora, no sentido de resgatar o que a tempos foi esquecido pela sociedade, o próprio Homem e suas representações. E se colocar dentro do contexto da dor e limites, é entender as privações e limitação impostas pelo tempo e pela doença. É estar atento e dispostos a propor práticas que atendam as reais necessidades, longe da visão da reabilitação física para elaboração de planos de tratamentos repetitivos utilizando a ocupação como meio para adquirir funções e habilidades.

Conforme Hocking (2011) “a ocupação nos mantém vivos”, e é responsável por fornecer as atividades necessárias para manter nossos corpos, mentes e comunidades saudáveis, além de desenvolver habilidades, que possibilitem experimentarmos o prazer e o envolvimento, para alcançarmos o que julgamos importante. Então para manter-nos saudáveis necessitamos estar envolvidos em ocupações significativas.

Assim a representação de pacientes pós-AVC sobre suas ocupações, permitimos guiar o entendimento para direcionar a prática terapêutica, o papel da TO está em compreender a ocupação a partir do outro e para o outro, algo que lhe pertence e não pode ser isolado. Olhar o ser humano a partir de suas ocupações a fim de propor um

plano de intervenção estruturado para a saúde do paciente e para o cuidado assistencial, resgatando seus papéis a partir da ocupação como meio e como fim.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou entendimento das representações de pacientes pós-AVC sobre suas ocupações. Atribui evidências de incorporação de ancoragens ao valor e significados insubstituíveis da ocupação a um determinado trabalho, lazer, de um tempo, do cotidiano, ou de uma rotina nos cuidados com a casa e com os seus. Para enfim, continuar mantendo a esperança em retomar o controle de sua própria vida.

A riqueza dos depoimentos possibilitou a descoberta de um valor atribuído à ocupação que merecem ter toda a atenção durante o processo terapêutico. Com isto a possibilidade de dar voz aos participantes da pesquisa, sem a interferência do familiar, foi de uma experiência única. Pois, através das vozes, muitas vezes embargadas pelo choro, presenciei histórias de pessoas que após o AVC estavam afastadas de suas funções ocupacionais e a forma como as representavam, pois estes fatores interferiam diretamente na sua individualidade e na relação com o outro.

Questionei-me até onde, enquanto Terapeuta Ocupacional poderia reabilitar? Até onde caberia a mim a responsabilidade de reaproximar essas pessoas de seus papéis? Como, durante minha prática, poderia proporcionar esta redescoberta de suas ocupações? De que forma, dentro do cuidado assistencial, poderia proporcionar a aproximação de algo que lhe fosse agradável e prazeroso?

Outros aspectos me chamaram atenção quanto às minhas condições para propor uma intervenção terapêutica para esses pacientes, pois como posso tratar ou propor uma abordagem e tecer reflexões sobre uma realidade que não vivencio? Como esses aspectos repercutem em minha atuação? Mas há que se problematizar também o fato de que muitos sujeitos ao não conseguirem o atendimento nos centros especializados recorrem a alternativas que podem colocar em risco seu processo de reabilitação, como no caso da participante que contratou uma cuidadora para ajudá-la nas atividades mais simples de seu dia-a-dia, como sentar, escovar os dentes, pentear os cabelos. Será que foi ensinado de maneira correta? Ouve a espera do tempo? Foi frustrante?

Outro episódio me despertou para tal compreensão, quando outra participante relatou o fato de não conseguir lembrar as músicas e orações que fazia durante o banho. Percebi que ao proporcionar um momento de construção de um caderno de orações e músicas, não estava apenas propondo uma atividade que favorecesse os aspectos físicos,

cognitivos e emocionais, mas que também estaria cientificamente intervindo na forma de sua ocupação, por exemplo, pois através daquelas atividades poderia favorecer o resgate de suas funções ocupacionais.

Então, a minha responsabilidade era a cima de tudo científica. Pois ao repensar sobre a forma, função e significados da ocupação, através da Ciência da Ocupação, percebo que para a Terapia Ocupacional a ocupação merece cada vez mais ser interpretada a partir destes três conceitos. É preciso apropriar-se destas definições, para que se atinjam práticas voltadas à real necessidade e interesse do paciente. Entender a ocupação a partir do outro e para o outro.

Portanto a pesquisa utilizando a Ciência da Ocupação como método de investigação proporcionou um novo olhar sobre o objeto, sem ter a pretensão de que se esgote esta discussão. Mas, entender as representações dos participantes da pesquisa me permitiu compreender a magnitude de suas ocupações. Uma vez que a ocupação deve ser compreendida como objeto social a partir da historicidade do sujeito. Demonstrando assim que cada vez mais necessitamos nos afastar de práticas mecanicistas e fragmentadas, pois não podemos ser vistos como seres automatizados e, além disso, não estamos isolados em um vazio social.

Assim, a literatura científica mostrou que a ocupação necessita ser pensada profundamente para a atuação da Terapia Ocupacional, assim como afirma Yerxa (2009) esta será sua colaboração em prol da humanidade. Pois para os cientistas ocupacionais para se manter a saúde é predominante estarmos envolvidos em ocupações, e o fazer significativo deve ser compreendido a partir do contexto social, cultural, histórico, físico e emocional, para entender estas relações com a vida do próprio ser humano e todas as suas ocupações.

A instituição na qual foi realizada a pesquisa conta com uma ficha de avaliação padrão para o setor de atendimento adulto independente da patologia. Diante da possibilidade da devolutiva do investimento feito e através do estudo realizado proponho que seja incluído nesta ficha os aspectos referentes à ocupação antes e após o agravo sofrido (Apêndice C). Pois além de conhecermos a história da doença atual e tantos outros aspectos apontados na ficha de avaliação, é importante que se considere também qual o significado da ocupação para a pessoa avaliada e as implicações para sua vida. Para que possamos direcionar um plano terapêutico individual conforme as ocupações representadas a partir de sua forma, função e significados. Não podendo dissociá-los para a análise de todo o processo terapêutico.

Pois quando passamos a abordar a ocupação a partir da perspectiva do outro, no plano de suas representações, percebemos que o entendimento sobre seus papéis ocupacionais adquirem uma forma, uma função e um significado de acordo com um conjunto de sensações e sintomas corporais percebidos e vivenciados, que imprimem um sentido a sua experiência, que embora subjetiva, ultrapassa a individualidade.

Enfim, ressalta-se não a passividade de práticas reducionistas, mas intervenções terapêuticas ocupacionais que sejam sensíveis a criar e reinventar os trilhos da história de nossa profissão.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAMS, Tasneem. Occupational, Identity and Choice: A Dinamic Interaction. **Journal of Occupational Science**, vol.15, n.3, 2008.

ALBUQUERQUE CP, VITAGLIANO E, YAMADA JY, FAGUNDES C, GARCIA RE, BRAGA R, et al. Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico. **ACTA FISIATR**. 2011; 18(2): 71 – 74.

ALVAREZ E, GOMEZ S, MUÑOZ J. NAVARRETE E, RIVEROS ME, RUEDA L et al. Definicion y desarrollo del concepto de ocupación: Ensayo sobre la experiencia de construcción teórica de una identidade local. **Revista chilena de Terapia Ocupacional**. 2007; 7: 76-86.

ALVES, M., DUARTE, E. (2010). Relação entre a Imagem Corporal e Deficiência Física. Uma pesquisa Bibliográfica. **Revista Digital**. Ano 15, nº143.

AQUINO C. A. B; OLIVEIRA J. C.M. Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. **Revista Mal-estar e Subjetividade** – Fortaleza – Vol. VII – Nº 2 – p.479-500 – set/2007

ARAUJO, JS; SILVA, SED; SANTANA, ME; *et al.* Sim, eu sei o que é o derrame. As representações sociais de cuidadores sobre o Acidente Vascular cerebral. **Revista de pesquisa: cuidado fundamental online** 2012. jan./mar. 4(1):2849-59.

ARRUDA, A. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E TEORIAS DE GÊNERO. **Cadernos de Pesquisa UFRJ**. n. 117, p. 127-147, novembro/ 2002

AOTA, American Occupational Therapy Association. Therapy Practice Framework: domain and process (2nded). **American Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n.6, dec. 2008.

BAPTISTA, R. C. Doenças e outros agravos à saúde produzidos pelo trabalho. In: **Revista Redentor** – Cadernos Interdisciplinares: Saúde, Tecnologia e Questão Social. ano 1, n. 1, v.1, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

_____. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BERGAN C, BURSZTYN I, SANTOS MCO, TURA LFR. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):656-61.

BERNARDO, S. M.; IGLESIAS, C. E.; REY, C. T. ocupación, cultura y sociedade, compromiso de la Terapia Ocupacional. **TOG (A Coruña)** vol 9. Monog. 5. Dic.2012.

BENETTON, J. O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados. **Revista CETO** - ano 12 - nº 12 – 2010.

BRANDSTATER ME. Reabilitação no derrame. In: Delisa JA. **Tratado de reabilitação: princípios e prática**. São Paulo: Manole; 2002. p. 1227-53.

CANCELA, D. (2008). O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, Principais Consequências e Reabilitação. *PSICOLOGIA.COM.PT*. Consultado a 16 de Março de 2014, através de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>

CARLETO, Daniel Gustavo de Sousa et al. Estrutura da Prática de Terapia Ocupacional: domínio e processo. **Revista Triang.: Ensino, Pesquisa e Extensão**. Uberaba – MG, v.3. n.1, p. 57-147, jul./ dez. 2010.

CARVALHO RC. Acidente vascular cerebral: atualizações. In: Miotto EC, Lucia MCS, Scaff M. **Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007. p. 99-105.

CASTRO, Laura Rueda; LILLO, Silvia Gomez. Ocupación: definición y concepto. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, n.1, p. 5-7. 2001.

CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2007, 566p.

CAVALCANTI, Fátima Gonçalves. **Pessoas Muito Especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CECATTO, Rebeca Boltes. Acidentes Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: CRUZ, Daniel Marinho Cezar da. **Terapia ocupacional na reabilitação pós-acidente vascular encefálico**. São Paulo: Santos, 2012, p. 3-18.

CHAGAS, M. I. O. & FORGIONE, M. C. R. – O paciente hemiplégico e o *sandplay*: uma possibilidade de expressão. **Acta Fisiátrica** 9(2): 90-97, 2002

CLARK, Florence; LAWOR, Mary C. A elaboração e o significado da Ciência Ocupacional. In: CREPEAU, Elizabeth Blesedell; COHN, Ellen S.; SCHELL, Barbara A. Boyt. **Willard e Spackman: Terapia Ocupacional**. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2011, p. 2-14.

COFFITO- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **RESOLUÇÃO Nº. 80, DE 9 DE MAIO DE 1987**. (D.O.U nº. 093 - de 21/05/87, Seção I, Págs. 7609)

COHN, Ellen S.; CREPEAU, Elizabeth Blesedell; SCHELL, Barbara A. Boyt. **Willard e Spackman: Terapia Ocupacional**. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2011, 1169 p.

CONSTANTINIDIS, T. C. “Cabeça vazia, oficina do diabo”: concepções populares do termo ocupação e a terapia ocupacional. **Psicologia & Sociedade**; 24(3): 691-700, 2012.

COSTA, C. M. L. et al. O valor terapêutico da ação humana e suas concepções em Terapia Ocupacional **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 195-203, 2013.

CRUZ, Daniel Marinho Cezar da. **Terapia ocupacional na reabilitação pós-acidente vascular encefálico**. São Paulo: Santos, 2012.

DAVIES PM. **Passos a seguir: um manual para tratamento da hemiplegia no adulto**. São Paulo: Manole; 1996.

DICKIE, Virginia. O que é Ocupação? In: CREPEAU, Elizabeth Blesedell; COHN, Ellen S.; SCHELL, Barbara A. Boyt. **Willard e Spackman: Terapia Ocupacional**. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2011, p.15- 21.

DOIMO, L. A. *et al.* O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4):1133-1142, 2008.

EMMEL, M. L. G. Trabalho e qualidade de vida dos terapeutas ocupacionais: estudo de uma amostra brasileira. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 55-63, 2012.

FERREIRA C, OLIVEIRA S, MAGALHÃES P, COSTA B, PAPINI R, SILVEIRA M, et al. Nível de conhecimento da população adulta sobre acidente vascular cerebral (AVC) em Pelotas/RS. **Jornal brasileiro neurocirurgia**. 2008; 19(1): 31-37.

FLETCHER-SMITH JC, WALKER MF, COBLEY CS, STEULTJENS EMJ, SACKLEY CM. Occupational therapy for care home residents with stroke. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 6. Art. No.: CD010116. DOI: 10.1002/14651858.CD010116.pub2.

FLICK, Uwe. **Introdução a pesquisa qualitativa**. 3ed- Porto Alegre: Artmed, 2009.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, a produção do cuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 1, p. 20-28, jan./abr. 2008

_____. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003.

GUAJARDO, C. A. enfoque y práxis em Terapia Ocupacional. reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional crítica. **TOG(A Coruña) [revista em Internet]**. 2012. Monog. 5: [18-29]. Disponível em: <http://www.revistatog.com/mono/num5/prologo.pdf>

GUARESCHI, P. Psicologia social e representações sociais: avanços e novas articulações. In: VERONESSE, M. V.; GUARESCHI, P. (Org.) **Psicologia do Cotidiano**: representações sociais em ação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, p. 17-40.

HANS J. A New Direction in the Conceptualization and Categorization of Occupation. **Journal of Occupational Science** 2008, 15(1), pp 3-8.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

HOCKING, Clare. Contribuição da Ocupação para a Saúde e o Bem-Estar. In: CREPEAU, Elizabeth Blesedell; COHN, Ellen S.; SCHELL, Barbara A. Boyt. **Willard e Spackman**: Terapia Ocupacional. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2011, p.45-55.

HVALSØE B.; JOSEPHSSON S. Characteristics of meaningful occupations from the perspective of mentally ill people. **Scand J Occup Ther** 2003; 10: 61_/71.

INTERNATIONAL SOCIETY OF OCCUPATIONAL SCIENCE - ISOS. 2013. Disponível em: <<http://www.isocsci.org>>. Acesso em: 28 set. 2013.

JACOBS, Karen; JACOBS, Laela. **Dicionário de Terapia Ocupacional**: guia de referência. 4 ed. São Paulo: Roca, 2006, 248p.

JÁUREGUI J. G.; LUCERO D. C. Forma, función y significado de la conducción de automóviles en un grupo de adultos mayores residentes en santiago de chile. **Revista chilena de terapia ocupacional**. ISSN 0717-6767. Vol. 13, no. 1, agosto 2013, pág. 23 – 32.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In. JODELET, D (Org.). **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. Cap1. p. 17 – 44.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In.: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) **Textos em representações sociais**. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes,2007.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 2, p.44-50, maio/ago. 2002.

LARSON, Elizabeth; ZEMKE, Ruth. Shaping the temporal patterns of our lives: The social coordination of occupation. **Journal of Occupational Science**, v.10, n.2, p. 80-89,2003.

LAWLOR, Mary C.; MATTINGLY, Cheryl. Compreendendo as Perspectivas da Família sobre as Experiências de Doença e Incapacidade. In: CREPEAU, Elizabeth Blesedell; COHN, Ellen S.; SCHELL, Barbara A. Boyt. **Willard e Spackman**: Terapia Ocupacional. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2011, p.33- 44.

LOURENÇO, ICA. **Impacto da percepção da imagem corporal após acidente vascular cerebral no desenvolvimento de depressão.** 2012. 90 f. Dissertação de Mestrado – ISPA Instituto Universitário de ciências Psicológicas, 2012.

LEGG L, DRUMMOND A, LANGHORNE P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2006, Issue 4. Art. No.: CD003585. DOI: 10.1002/14651858.CD003585.pub2.

LIMA C.M.D O imaginário sobre o trabalho e suas representações no cotidiano dos comerciantes do mercado público em Pernambuco. **Ciências & Cognição.** 2004; Vol 03: 10-20. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/>

LOVO, Thais Maria Albani. **Anosognosia: Imagem Corporal na Hemiplegia.** 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

LUSSI, I. A. O.; MORATO, G. G. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda... **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012.

MAFRA, J. F. O cotidiano e as necessidades da vida individual: uma aproximação da antropologia de Agnes Heller. **Educação & Linguagem** .v. 13. n. 21 . p.226-244, jan.-jun. 2010.

MAGALHÃES, L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 255-263, 2013.

MAKIYAMA T Y, BATTISTELLA L R, LITVOC J, MARTINS L C - Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. **ACTA FISIATR** 2004; 11(3): 106-109.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. S. & SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é pessoa com deficiência.** Disponível em :<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30053> acessado em 10/08/2013.

MONTEIRO, Rogéria Pimentel de Araújo. Atividades de Vida Diária: conceito e classificação. In: CRUZ, Daniel Marinho Cezar da. **Terapia ocupacional na reabilitação pós-acidente vascular encefálico.** São Paulo: Santos, 2012, p.19-27.

MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional: história crítica e estratégias. **Vita et Sanitas**, Trindade/Go, v. 2, n . 02, 2008.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: VOZES, 2009.

NAKI IK, RODRIGUES TA, ANDRADE TS, ESOTICO APCA, HEYN D, IMAMURA M, et al. Acidente vascular encefálico agudo: reabilitação. **Acta Fisiatr**. 2012; 19(2): 60-5.

NÓBREGA, Sheva Maia da; COUTINHO, M^a da Penha de Lima. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M^a da Penha de Lima; OLIVEIRA, F., B.; FORTUNATO, M. L.. (Orgs.). **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB. 2003. p. 67-77.

PANTOJA, L. M.; SOUZA, S.R.R. **O significado da Ocupação na Assistência em Saúde Mental. O olhar da Terapia Ocupacional e da Ciência da Ocupação**. 2012. 92 f. trabalho de conclusão de curso, Graduação em Terapia Ocupacional/Universidade do Estado do Pará, Belém, 2012.

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

PEREIRA AD, et al. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):55-61.

RADOMSKI, Mary Vining; TROMBLY, Catherine A. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008, 1157p.

RODRIGUES PA, SCHEWINSKY SR, ALVES VLR. Estudo sobre depressão reativa e depressão secundária em pacientes após acidente vascular encefálico **ACTA FISIATR**. 2011; 18(2): 60 – 65

ROJO MOTA G. Terapia Ocupacional en adiciones: revision de bases de datos internacionales. **TOG (A Coruña)**. [revista internet]. 2013. Disponível em: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original3.pdf>

RYERSON, Susan D. Hemiplegia. In: UMPHRED, Darcy A. **Reabilitação Neurológica**. 4 ed. Barueri (SP): Manole, 2004.

SÁ C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.

SILVA, C.R.; GOBBI, B.C.; SIMÃO, A.A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. ruraisagroind.**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005

SILVA, Emanuel de Jesus Alves da. **Reabilitação após o AVC**. Dissertação de Mestrado. Mestrado Integrado em Medicina Faculdade de Medicina da Universidade do Porto 2008.

SILVA, Tatiana. G. P.; **A influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia**. Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2011.115 p.

SOUZA, Airle Miranda de; CORREA, Victor Augusto Cavaleiro. Compreendendo o pesar do luto nas atividades ocupacionais. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 1, n. 2, nov. 2009. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acessos em 23 abr. 2014.

TALAVERA VALVERDE MA. El valor del objeto em lo cotidiano. **TOG (A coruña)**[revista em Internet]. 2012 [fecha de la consulta]; 9(16): [12p.]. disponible en: <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/presentacion.pdf>

TURNER A. Health through Occupation: Beyond the Evidence. **Journal of Occupational Science**, April 2007, Vol 14, No 1, pp 9-15.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de pesquisa clínico- qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5 ed.-Petropolis, RJ: Vozes, 2011.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: Acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 10 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2013.

TEIVE H, Zonta M, KUMAGAI Y. Tratamento da Espasticidade: uma Atualização. **Arq Neuropsiquiatria** 1998; 56: 852-8.<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1998000500025>

TELES MS, GUSMÃO C. Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. **Revista Neurociência** 2012;20(1):42-49.

THINEN, N. C.; MORAES, A. C. F. Manual de orientação de posicionamento e execução de atividades da vida diária para pacientes com acidente vascular cerebral. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 131-139, 2013. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.017>

TRIVIÑOS, A.N.S.(1987) introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: atlas in: TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

UMPHRED, D.A. **Reabilitação Neurológica**. 4ª ed. São Paulo, Manole, 2004.

VALDERRAMA N. C; LARA R. P. Cuestionamientos sobre el carácter beneficioso para la salud y el bienestar de la ocupación: la emergência de la ocupación como fenómeno social. **TOG (A Coruña)**[revista em Internet]. 2013; 15p. Disponível em: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original9.pdf>

VERONESE, M. V.; GUARESCHI, P. A. **Psicologia do cotidiano: representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

VERONEZE, R. T. Agnes Heller: cotidiano e individualidade – uma experiência em sala de aula. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 162 - 172, jan./jun. 2013.

WILCOCK, A. A. Occupation and health: Are they one and the same? **Journal of Occupational Science**, Sidney, v. 14, n. 1, p. 3-8, 2007. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2007.9686577>

_____, & TOWNSEND, E. A. Justiça Ocupacional. In E. B. CREPEAU, E. S. COHN, & B. B. SCHELL (Eds.), **Willard and Spackman's Terapia Ocupacional**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 195– 202.

WOODSON, A. M. Acidente Vascular Cerebral. In: TROMBLY, C. A.; RODOMSKI, M. V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. 5ª Ed. São Paulo: Santos, 2008.

YERXA, E. J. Occupational science: A new source of power for participants in occupational therapy. **Journal of Occupational Science**, Sidney, v. 1, n. 1, p. 3-9, 1993.

_____. Infinite Distance Between the *I* and the *It*. **The American Journal of Occupational Therapy**. July/August 2009, Volume 63, Number 4Downloaded From: <http://ajot.aota.org/> on 10/26/2014 Terms of Use: <http://AOTA.org/terms>.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar como voluntário(a), da pesquisa **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PACIENTE HEMIPLÉGICO SOBRE SUAS OCUPAÇÕES E AS IMPLICAÇÕES PARA UM CUIDADO HUMANIZADO**, e caso concorde em participar você ou a pessoa pela qual é responsável, deverá assinar ao final do documento. Esta pesquisa será desenvolvida sob a responsabilidade da Terapeuta Ocupacional Lidiane Palheta Miranda, e contará com a supervisão de outros dois pesquisadores participantes, Profa. Dra. Enfermeira Ingrid Magali Pimentel, Enfermeira e Prof. Msc e Terapeuta Ocupacional Victor Augusto Cavaleiro Corrêa.

Esta pesquisa tem por objetivo compreender as representações sociais de pacientes hemiplégicos sobre suas ocupações, tendo como referência sua vida ocupacional antes e após o AVC.

Se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a uma entrevista com perguntas abertas, observação e registro (gravação de voz) da resposta e de uma oficina terapêutica onde serão realizados desenhos e colagem, sendo também feito o registro fotográfico das atividades.

Se houver algum desconforto psicossocial, poderá interromper sua participação a qualquer momento sem nenhuma censura por parte do pesquisador, mas para evitar qualquer tipo de desconforto, a entrevista será individual e a oficina será coletiva para melhor participação dos sujeitos.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem penalidades e sem prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação você poderá entrar em contato com o pesquisador, pelo telefone (91) 81715004 e 33461947.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não

vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ____/____/____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ASSINATURA DOS PESQUISADORES PARTICIPANTES:

Lidiane Palheta Miranda

Ingrid Magali Pimentel:

Victor Augusto Cavaleiro Corrêa:

APÊNDICE B**ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA****I. IDENTIFICAÇÃO:**

- a) Nome: _____
- b) Sexo: ()M ()F c) Data do Nascimento __ / __ / ____ d) Idade: _____
- e) Estado civil: _____ f) Filhos: _____ Tel. () _____
- g) Endereço: _____
- h) Naturalidade: _____ i) Religião: _____
- J) Profissão: _____
- h) Diagnóstico: _____

II. QUESTIONAMENTOS:

1. O que você entende por Ocupação?
2. Quando eu falo “Ocupação” o que lhe vem a cabeça?
3. Me fale de suas ocupações antes da Hemiplegia;
4. Quais as suas ocupações diárias?
5. Como se encontram suas ocupações hoje?
6. Descreva um dia das ocupações que participa atualmente;
7. O que você pensa sobre suas ocupações diárias atuais?
8. Qual o significado dessas Ocupações pra você?

APÊNDICE CPROPOSTA DE FICHA DE AVALIAÇÃO
TERAPÊUTICA OCUPACIONAL**1. IDENTIFICAÇÃO:**

NOME DO PACIENTE:		Nº PRONT:
DATA DE NASC:	IDADE:	SEXO:
GRAU DE INSTRUÇÃO:		PROFISSÃO:
ESTADO CIVIL:		NATURALIDADE:
RELIGIÃO:		TELEFONE:
ENDEREÇO:		
UNIDADE ENCAMINHADORA:		MÉDICO:
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		

2. ANTECEDENTES PESSOAIS:**3. ME FALE DE SUAS OCUPAÇÕES ANTES DO AGRAVO SOFRIDO.****4. QUEIXA PRINCIPAL:****5. H.D.A.:****6. AVALIAÇÃO FÍSICA E FUNCIONAL:**

7. FUNÇÕES ESPECÍFICAS:
8. FUNÇÕES PSÍQUICAS:
9. COMO SE ENCONTRAM SUAS OCUPAÇÕES HOJE?
10. QUAL O SIGNIFICADO DESSAS OCUPAÇÕES PARA VOCÊ?
11. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:
12. ANÁLISE CONCLUSIVA:
13. CONDUTA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL:

DATA DA AVALIAÇÃO:

ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL

ANEXOS

ANEXO 1

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE PACIENTES HEMIPLÉGICOS SOBRE SUAS OCUPAÇÕES E ÀS IMPLICAÇÕES PARA UM CUIDADO HUMANIZADO.

Pesquisador: LIDIANE PALHETA MIRANDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27231714.4.0000.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 547.900

Data da Relatoria: 28/02/2014

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho trata sobre a Representação Social de pacientes sobreviventes de Acidente Vascular Encefálico, que apresentam sequelas deste agravo, de caráter temporário ou definitivo, e se encontram em atendimento de reabilitação afastados de suas ocupações anteriormente desempenhadas.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as representações sociais de pacientes hemiplégicos sobre suas ocupações, tendo como referência sua vida ocupacional antes e após o AVE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A entrevista individual poderá gerar desconforto psicossocial, este risco será minimizado com o esclarecimento para os participantes que a mesma poderá ser interrompida a qualquer momento sem nenhuma censura por parte do pesquisador para evitar qualquer tipo de desconforto e que a identidade do entrevistado não será divulgada.

Benefícios:

Os benefícios esperados serão indiretos, através da geração do conhecimento que serão analisados e publicados.

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-2252

E-mail: solange-antonelli@hotmail.com

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 547.900

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa de cunho qualitativo, terá como cenário Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UEPA. Os sujeitos da pesquisa serão pacientes hemiplégicos sequelados de AVE que estão cadastrados na UEAFTO. Participarão da pesquisa 30 sujeitos aos seguintes critérios: estejam regularmente cadastrados; ser hemiplégico; concordar em participar; e assinar a autorização para a participação na pesquisa.

A técnica realizada será entrevista semidirigida com os pacientes hemiplégicos e posteriormente será desenvolvido uma oficina terapêutica, com o intuito de coletar informações que venham ratificar as representações sociais através do desenho.

Os dados das informações coletadas serão analisadas qualitativamente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 466/12 do CNS/MS.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou pela aprovação do Projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:


O CEP acata o parecer do relator.

BELEM, 06 de Março de 2014

Assinador por:
Solange Carneiro Antonelli
(Coordenador)

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395
Bairro: Umarizal CEP: 66.050-380
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)4009-2264 Fax: (91)4009-2252 E-mail: solange-antonelli@hotmail.com

ANEXO 2

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE DE ENSINO E ASSISTÊNCIA DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Sheila Aicolumbre Gonçalves, coordenadora técnica de Terapia Ocupacional, da Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-UEAFTO/CCBS II/UEPA, declaro estar informada da metodologia que será desenvolvida na pesquisa **REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE PACIENTES HEMIPLÉGICOS SOBRE SUAS OCUPAÇÕES E AS IMPLICAÇÕES PARA UM CUIDADO HUMANIZADO**, coordenada pela servidora LIDIANE PALHETA MIRANDA.

Estou ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme os princípios da ética em pesquisa vigentes no país, e que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução e concordo que a mesma seja realizada no período de Março/2014 a junho de 2014.

Belém, 27 de Janeiro de 2014



Sheila Aicolumbre Gonçalves
Coord. Técnica de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
UEAFTO/CCBS II/UEPA

*Tv. Perebebuá, nº 2623 entre 25 de setembro e Alm. Barroso
CEP: 66087-670. Fone: 3276-2942 e 3276-5454.*