



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

ANA FLÁVIA DE MORAIS SANTOS BORGES  
SAMARA GONÇALVES LEAL

**CORPO, OCUPAÇÃO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UM ESTUDO  
COM BASE NA CIÊNCIA DA OCUPAÇÃO.**

BELÉM  
2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

ANA FLÁVIA DE MORAIS SANTOS BORGES  
SAMARA GONÇALVES LEAL

**CORPO, OCUPAÇÃO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UM ESTUDO  
COM BASE NA CIÊNCIA DA OCUPAÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Terapia  
Ocupacional da Faculdade de Fisioterapia e  
Terapia Ocupacional da Universidade  
Federal do Pará, como requisito parcial à  
obtenção do Título de Bacharel em Terapia  
Ocupacional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Msc. Cibele Braga Ferreira Nascimento.

BELÉM

2015

ANA FLÁVIA DE MORAIS SANTOS BORGES  
SAMARA GONÇALVES LEAL

**CORPO, OCUPAÇÃO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UM ESTUDO  
COM BASE NA CIÊNCIA DA OCUPAÇÃO.**

Este trabalho de conclusão de curso foi julgado e aprovado, para a obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional pelo corpo docente da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará.

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Prof<sup>a</sup> Cibele Braga Ferreira  
UFPA  
Orientador

---

Prof. Victor Augusto Cavaleiro Corrêa  
UFPA  
Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Roseane Silva Matos Fernandes  
UFPA  
Examinador

---

Prof. Marcelo Marques Cardoso  
Diretor da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

*“O coração do homem traça o seu caminho, mas o Senhor lhe dirige os passos”*

**(Provérbios 16: 9).**

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.*

**Charles Chaplin.**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a DEUS, razão por tudo que acontece em minha vida, pelas conquistas alcançadas e por ter me conduzido com todo cuidado até aqui, me dando forças para nunca desistir, me fazendo acreditar que sempre Ele vai estar ao meu lado.

Agradeço a Nossa Senhora, por sempre me abençoar, por estar ao meu auxílio e intercessão, por me carregar em seu colo de mãe quando eu precisava.

Aos meus pais Marcos Antônio e Ana Cléa por todo amor, dedicação, pela educação que me deram, por acreditarem e apostarem em mim, me fazendo ter forças para proporcionar a eles o sentimento de orgulho por essa conquista, é por eles e para eles! Pois me lançar nessa jornada não foi fácil, ter que deixar o aconchego do meu lar e lidar com a saudade foram tarefas difíceis, mas hoje estou aqui e posso dizer que eu consegui! Obrigada por tudo, amo vocês!

Quero agradecer a minha grande irmã Flaviane, por sempre estar ao meu lado, por sonhar comigo os sonhos da faculdade. Por todas as vezes que me ajudava, e falava “vai dá tudo certo, irmã! Tu vai conseguir”. Que bom que eu tenho você!

As minhas avós Berenildes e Estefânia, minhas rainhas, minhas grandes preciosidades, as quais nunca mediram esforços para me ajudar. Que sempre rezaram por mim. A minha avó Berenildes em especial, que com sua memória já abalada por conta do Alzheimer me faz ter fé de que nada é impossível, que tudo é uma questão de fé. Vocês são a minha inspiração.

Agradeço também, ao meu namorado e companheiro Júlio César que esteve comigo desde o primeiro momento dessa caminhada. Obrigada por ficar sempre do meu lado e por tentar entender meus estresses ao longo dessa jornada acadêmica. Eu te amo!

Não posso deixar de agradecer ao Lucas Coelho e a minha madrinha Socorro, os quais foram grandes responsáveis por eu estar aqui hoje. Pois se não fosse eles eu não teria tido conhecimento que eu havia sido chamada na repescagem pra cursar Terapia Ocupacional. Meu muito obrigada a minha madrinha e ao meu padrinho por todo carinho e ajuda, vocês são 10!

Aos amigos e familiares que sempre estiveram na torcida, em especial meus tios José Carlos, Rosana e Raimundo Carlos que sempre estiveram presentes nesta jornada, me ajudando em tudo que eu precisava.

Aos meus grandes mestres que me encaminharam dentro da faculdade, pois sem o direcionamento de vocês eu não teria me tornado metade da profissional que estou me tornando. Obrigada por todos os conhecimentos compartilhados.

A minha parceira Samara, que me deu a honra de compartilhar comigo o tema dessa pesquisa, denominada por nós, com carinho de: Filho! E que filho teimoso e complicado de criar, mas que no final nos enche de orgulho por tê-lo concluído.

Agradecer também a orientadora mais doce e iluminada que eu poderia ter nessa última etapa, por todos os puxões de orelha mais delicados que alguém poderia receber, pelas palavras de conforto e por todas as vezes que a senhora foi luz para o caminho da nossa pesquisa. MUITÍSSIMO obrigada!

E por fim, agradeço aos meus amigos que a T.O me presenteou, a minha “gang”, os meus humildes, os 11 parceiros de faculdade e para vida toda, os melhores T.O’s do meu coração: Adria, Camila, Carlos, Flávia, Graziela, Jaqueline, Jéssica, Maxwela, Priscila, Rose e Samara. Vocês foram essenciais nessa vida acadêmica. Obrigada por me acolherem, pelas risadas garantidas, obrigada por sermos nós!

*Ana Flávia*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao autor da minha fé, Àquele que me concedeu o dom da vida e me direcionou os passos a esta profissão tão linda. Foi ele quem me assegurou que eu conseguiria, nos momentos de angustia e aflição sempre esteve ao meu lado e não me deixou sentir sozinha. Minha fonte inesgotável de amor. Por que dEle, por Ele e para Ele são todas as honras e glórias desta conquista, minha história foi escrita pelo dedo de Deus. O seu cuidado tenho visto a cada instante, demonstrou seu amor colocando em meu caminho as pessoas que mencionarei texto à frente.

Agradeço em especial aos meus pais Olavo e Silvia, vocês são minha essência, o motivo pelo qual eu busquei este sonho, são minha inspiração e meus exemplos de vida. Papai pela sua determinação, por se mostrar sempre disposto a me ajudar, sempre dizendo que “dá”, até mesmo quando eu não acreditava que desse, você é meu herói. Minha mãe por seu acalanto e a todos as vezes que me segurou quando pensei que estava caindo, por todas as vezes que pedia silêncio em casa para que eu pudesse me concentrar, você é a minha calma em meio às tempestades. As minhas avós Lourdes (*in memoriam*) e Helena, vocês foram e são minhas referências concernente aos cuidados com os outros, vocês emanam amor e isso me constituiu como pessoa.

As minhas irmãs Kelly, Gláucia e Silviane dedico minha gratidão pela parceria de sempre, por “brigarem” comigo, por se colocarem sempre à minha defesa e por me ajudarem cada uma à sua maneira, tenho muito orgulho de vocês maninhas. Obrigada por estarem na arquibancada da minha vida me apoiando e torcendo por mim e por trazerem reforços nesta torcida (Obrigada aos cunhados Ernandes, João e Eduardo). Aos meus sobrinhos que trouxeram mais amor pra minha vida, vocês sempre me ensinam que nos detalhes da vida reside à felicidade, titia ama vocês. A você que chegou a pouco tempo em minha vida, mas que certamente é um presente de Deus, “Bruninho”, meu amigo e namorado, obrigada por toda paciência do mundo.

Agradeço a TODOS os meus tios que torcem e demonstram seu carinho por mim em cada gesto de dedicação (em especial a Simone, Leila, Dinha e Mary). Obrigada a TODOS os meus primos, em especial Anary, Ariany e Carol por cada vez

que me estenderam as mãos e ainda me presentearam com meu “pai e padrinho” como carinhosamente eu chamo Marcos e Sebastião, além de Thayná e Thaily (a distância em nada modifica nosso carinho e admiração mútua). Tenham certeza que a ajuda de vocês foi fundamental para esta vitória.

Família! Agradeço a vocês por todos os momentos em que foi o que eu precisasse que fossem.

Meu muito obrigado à família que eu escolhi, ou melhor, que eu ganhei de Deus, que a Terapia Ocupacional me deu e que certamente ela mesma ganhou, tenho certeza que são excelentes Terapeutas Ocupacionais. A vocês meus amigos e irmãos nesta caminhada difícil da graduação, com vocês ela se tornou tão agradável e cheia de afeto. Obrigada meus humildes, meus amores: Flávia, Rose, Priscila, Camila, Graziela, Maxwela (Pedrinho), Jaqueline, Jéssica, Ádria, Carlos e Ana Flávia (em especial por se unir comigo nesta pesquisa, fomos duas cabeças em um único “corpo” de escrita, obrigada pela paciência e por acreditar que nosso “filho” nasceria com saúde apesar das dificuldades). Obrigada por afetarem a minha existência, obrigada pelos cuidados e mimos, cada um do seu jeito, vocês significam muito para mim. Minha eterna gratidão à minha estrela, aquele que me avisou “Ei! A UFPA é nossa! Endoida!”. Obrigada Edivaldo por me apresentar a Terapia Ocupacional e por compartilhar esse sonho comigo.

Não poderia deixar de agradecer a TODOS os professores por todos os ensinamentos repassados, por todas as vezes que me ajudaram partilhando saberes, aconselhando, mostrando os caminhos, meus mestres e exemplo, em especial Rafael, Evanildo, Marcelo, Victor, Otávio e Adriene (obrigada “prof”, meu exemplo na “reab”).

E **por fim**... Agradeço aquela que acreditou em mim desde o início na graduação, que me permitiu compartilhar três anos de projetos os quais só me ensinou a melhorar, ela me fez sentir grande, mostrou-me os caminhos, influenciou minha escrita, e me mostrou que a Terapia Ocupacional se faz com delicadeza, com amor e respeito. Obrigada querida professora Cibele, minha orientadora e amiga.

*Samara Leal.*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** este trabalho discute como o corpo do sujeito com AVE é significado e que alterações isso pode gerar para as ocupações, levando em consideração a dimensão de forma e significado ocupacional. Esta pesquisa é relevante, pois não existem trabalhos que tratem sobre estes temas de forma inter-relacionada, tornando-o forte até mesmo para construção de uma epistemologia de corpo a partir da Ciência da Ocupação. **O OBJETIVO GERAL** desta pesquisa é: compreender a *forma* e o *significado* de *corpo* e *ocupação* presentes nos discursos de sujeitos com AVE, e como objetivos específicos: identificar o histórico ocupacional dos sujeitos antes e após o AVE com base na Ciência da Ocupação, além de verificar as repercussões ocupacionais a partir dos estudos do corpo em Terapia Ocupacional. **METODOLOGIA:** Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, utilizou a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados. Participaram da pesquisa um total de 3 pessoas com sequelas de AVE inscritas no Projeto de Extensão “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: enfoque sobre as atividades de vida diária”. A Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional foi escolhida como local da pesquisa. **RESULTADOS:** Salientamos que tanto a forma quanto o significado do corpo e das ocupações sofreram alterações em decorrência do AVE. Na forma percebemos as mudanças: a partir da percepção das alterações no envolvimento com pessoas significativas; no tempo dedicado às mesmas; nos espaços onde as ocupações se realizavam e nos rearranjos ocupacionais no trabalho, lazer e autocuidado. Quanto aos significados, foram identificados os relacionados ao corpo: modificado; imperfeito; inerte; corpo-dor; corpo inútil x corpo potencial: a faceta espiritual. Ao finalizar essa pesquisa, verificamos que foi possível alcançar o objetivo proposto. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível construir uma maneira de pensar, que nos levou a criar uma epistemologia de corpo, que nasceu do afeto produzido pelos temas, mostrando-nos uma leitura complexa e muito verdadeira da tríade corpo-ocupação-AVE, a partir da leitura da ciência da ocupação.

**Palavras-Chave:** AVE, Corpo, Ocupação, Terapia Ocupacional, Ciência Ocupacional.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** This work discusses how the subject's body with stroke is meant and what changes it can generate for the occupations, taking into account the size and shape of occupational meaning. This research is important because there are no studies that deal on these issues in an interrelated way, making it hard even to build a body of epistemology from the Science Occupation. The **GENERAL OBJECTIVE** of this research is: to understand the form and meaning of body and occupation of the discourse of subjects with stroke, and specific objectives: identify the occupational history of the subjects before and after stroke based on the Science of Occupation, and check the occupational repercussions from the body of studies in occupational Therapy. **METHODOLOGY:** This study adopted a qualitative approach, descriptive and exploratory, used semi-structured interviews to collect data. The participants were a total of 3 people with stroke sequelae entered in the Extension Project "Neurological Rehabilitation and Occupational Therapy: focus on the activities of daily living." The Faculty of Physical Therapy and Occupational Therapy was chosen as the research site. **RESULTS:** We note that both the form and the meaning of the body and occupations have changed as a result of stroke. In the way we perceive the changes: from the perception of changes in engagement with significant others; the time devoted to them; in areas where the occupations performed and occupational rearrangements in work, leisure and self-care. As to the meanings related to the body have been identified: Modified; imperfect; inert; body-pain; x useless body potential body: the spiritual side. At the end of this research, we found that it was possible to achieve the proposed objective. **CONCLUSION:** It was possible to build a way of thinking that led us to create a body of epistemology, born of affection produced by the subjects, showing us a complex reading and true body-occupancy-stroke triad, from reading occupational science.

**Keywords:** stroke, Body, Occupation, Occupational Therapy, Occupational Science.

## Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	CORPO E OCUPAÇÃO.....	17
3	O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E O CORPO.....	21
4	TERAPIA OCUPACIONAL E CIÊNCIA DA OCUPAÇÃO.....	26
5	METODOLOGIA.....	33
5.1	Caracterização da Pesquisa:.....	33
5.2	Sujeitos da Pesquisa.....	34
5.3	Etapas da Pesquisa.....	35
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
6.1	REPERCUSSÕES OCUPACIONAIS NO “CORPO AVE”.....	37
6.2	QUEM É O SUJEITO QUE FALA?.....	37
6.3	“AS CURVAS”: O QUE OU QUEM AS DELINEIA?.....	38
6.4	FORMA OCUPACIONAL: AUTOCUIDADO, TRABALHO E LAZER.....	39
6.5	SIGNIFICAÇÕES: O CORPO E SUAS NUANCES.....	46
6.5.1	Ontologia do corpo: as contribuições do <i>FAZER</i> .....	46
6.5.2	Significados do corpo antes do AVE.....	48
6.5.2.1	Corpo: o Lugar do Sintoma.....	48
6.5.2.2	O Corpo perfeito, ativo e sadio.....	48
6.5.3	Significados do Corpo Depois do AVE.....	52
6.5.3.1	O Corpo Modificado.....	52
6.5.3.2	O Corpo Imperfeito.....	53
6.5.3.3	O Corpo Inerte.....	55
6.5.3.4	O Corpo e a Dor.....	56
6.5.3.5	Corpo Inútil x Corpo Potencial: a faceta da espiritualidade.....	57
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	68
	APÊNDICE B: ENTREVISTA.....	69
	ANEXO A: PARECER SUBSTANCIADO DO CEP.....	70

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pela confecção deste trabalho surgiu a partir da aproximação com o tema “corpo e Terapia Ocupacional (TO)” estabelecida nas aulas do módulo doze (12) do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará, bem como pelo contato com estudos sobre Ciência da Ocupação (C.O) em projetos e disciplinas optativas. Estes fatores nos incentivaram a mergulharmos sobre estas temáticas, fazendo correlações na tentativa de compreender mais sobre a relação existente.

Devido às peculiaridades dos temas e a nossas afinidades com a área da neuroreabilitação, elegemos uma patologia na qual fosse possível verificar a veracidade da relação que julgamos existir entre as temáticas, sendo a patologia escolhida o Acidente Vascular Encefálico (AVE). O presente trabalho se apresenta como um convite aos leitores, para que possam navegar e refletir sobre estes eixos temáticos.

Para tanto, sabemos que falar de CORPO HUMANO, é falar de algo que possui uma complexidade de definições que variam de acordo com cada área da sua estrutura ou a partir de análises, sejam elas biológicas, sociais e/ou filosóficas. E falar da relação estabelecida entre esse CORPO, as OCUPAÇÕES e o AVE é mais complexo ainda. No entanto, tentaremos tornar sua leitura agradável e compreensível, apresentando-lhes referenciais que descrevem com garbo conteúdos sobre corpo, e a relação que as repercussões ocupacionais começam a ter sobre a pessoa que sofre por conta dos impactos ocasionadas pelo AVE.

Ao falar do corpo, é interessante pensar neste corpo como ator fundamental no processo de existir, pois é até ilusório imaginar viver sem ele, mesmo que essa percepção de corpo não seja unânime. Nesse sentido, Liberman (2010) entende que os corpos são construídos e o modo de funcionamento dos mesmos está ligado a diversos fatores, entre eles: a cultura, a genética, os vínculos estabelecidos ao longo de uma existência, a subjetividade que acompanha, molda e orienta a maneira de ser corpo, de ser vida, dentro de determinado tempo/espço, e a partir das experiências vivenciadas, vai se transformando e se fundamentando.

Sendo assim, se o corpo é fundamental no processo de existir e esse existir se materializa através das vivências no cotidiano, podemos então inferir que este

cotidiano se solidifica a partir das ocupações. Ocupações estas que segundo Almeida (1996) se referem a uma ação, algo que é inerente ao homem, constituindo-se em elemento de transformação e crescimento individual e social. O autor acrescenta que “[...] é através dessas ações que [o homem] se transforma e cria sua própria existência” (ALMEIDA, 1996, p. 96).

De acordo com Lillo (2003) as ocupações identificam as pessoas, ajudam a reconhecê-las pelo que elas fazem. Por exemplo, uma mãe se identifica como tal pelos cuidados que exerce com o filho, a costureira pelos trabalhos de modelagem, corte e costura, outro exemplo se refere àquela moça que toda tarde está na pracinha lendo um livro, esses fazeres determinam a identidade e constrói os diferentes papéis ocupacionais dos sujeitos.

De acordo com A Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (2015), as ocupações são: as Atividades de Vida Diária (AVDs), as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), Descanso e Sono, Educação, o Trabalho, o Brincar, o Lazer e a Participação Social, no entanto neste trabalho iremos nos deter apenas em discutir sobre Trabalho, o Lazer e o Autocuidado, este último se encontra dentro das AVDs.

Sabemos que as ocupações ocorrem a todo instante de nossa vida, seja acordado ou dormindo, sempre dentro de algum contexto (cultural, pessoal, temporal e virtual) e de ambientes físicos ou sociais (AOTA, 2015), dentro de um período de tempo e que a todo o momento sofrem influências de fatores que as pessoas carregam consigo (valores, crenças, espiritualidade, estruturas e funções do corpo). Portanto, as ocupações possuem múltiplas dimensões que acabam determinando quem é esse sujeito.

Para além do que já foi abordado até aqui, precisamos também compreender o cérebro humano, pois é a partir dele que são estabelecidas as relações com o mundo externo por meio de fatores como a especificidade das vias neuronais, que levam informações periféricas em direção ao córtex; e a especificidade dos neurônios, que permitem determinar áreas motoras, sensoriais, auditivas, ópticas, olfativas, etc, estabelecendo inter-relações funcionais exatas e ricas que são de grande importância para o funcionamento do corpo. (CIASCA, 2003 apud PAULA et al, 2006).

Dessa forma, o cérebro que é responsável pelo controle do movimento, dá vida a esse corpo que vamos estudar, possibilitando-o interagir a todo tempo com pessoas e ambientes, através das ocupações, favorecendo um processo contínuo de transformação no decorrer da vida por meio das experiências. A partir dessa concepção, é possível salientar que este corpo o qual queremos discutir, traz consigo uma gama de significados, que foram construídos ao longo da própria existência e pelas relações estabelecidas a todo instante no ambiente que os cerca.

Sabemos que o cérebro é considerado gestor das ações humanas, uma vez que este sofre uma lesão, grande parte do repertório ocupacional poderá ser comprometido, culminando em interrupções de alguns fazeres, podendo refletir em incapacidades funcionais e/ou impactar a qualidade de vida do sujeito.

Sabe-se que as sequelas e incapacidades causadas pelo AVE, implicam em mudanças e alterações significativas tanto na estrutura de corpo como na percepção subjetiva do mesmo. Por esse motivo, vislumbramos nesta área uma maneira diferenciada de enxergar a TO. Dessa maneira, nosso estudo irá se direcionar por um caminho que discutirá mais a fundo o corpo e suas nuances, fazendo as pontes necessárias com o AVE e as ocupações.

Para fomentar esta pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico de produções científicas que se assemelhassem ou se aproximassem da ideia desta pesquisa, para tanto se realizou a pesquisa denominada “Estado da arte” que objetivou mapear e discutir acerca da produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, a fim responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, e de que forma e em que condição tem-se produzido trabalhos como dissertações, teses, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários. (FERREIRA, 2002).

Para isso, realizou-se uma busca nas bases de dados: Scielo, Revista Chilena de Terapia Ocupacional e na Revista de Terapia Ocupacional da USP, utilizando os descritores Acidente Vascular Cerebral/Encefálico, Terapia Ocupacional, corpo, Ciência da Ocupação/Ciência Ocupacional. Esta, foi realizada com base em quatro combinações de palavras, a saber: 1. Acidente Vascular Cerebral e Corpo; 2. Acidente Vascular Cerebral e Terapia Ocupacional; 3. Terapia Ocupacional e Corpo; 4. Terapia Ocupacional-Corpo-Acidente Vascular Cerebral, sendo estas nomenclaturas traduzidas para o espanhol durante a busca na Revista

Chilena. A pesquisa teve como filtro o ano e o local de pesquisa, no período de 2005-2015, Regional e Brasil (esse filtro não foi possível na revista chilena).

A partir disto, foi possível observar que muito tem se falado sobre Acidente Vascular Cerebral/Encefálico (AVE/AVC) nos últimos 10 anos, apontando números significativos de até 425 artigos que discutem a respeito desta temática. No entanto, quando pesquisada em conjunto com outros temas, tal como Terapia Ocupacional (TO) e Acidente Vascular Encefálico, por exemplo, esse número de trabalhos diminui consideravelmente.

Na revista da USP foram encontrados apenas 11 artigos. Quando realizamos uma busca contendo os descritores Terapia Ocupacional e Corpo, 95 artigos foram identificados na revista da USP, e na revista chilena 4 artigos disponíveis com esta temática, mas apenas dois destes apresentavam expressão para o nosso trabalho, no que se referia a conceitos e definições.

Sobre Ciência da Ocupação (C.O) ou Ciência Ocupacional, foi possível encontrar 31 artigos na revista chilena, sendo que 5 artigos mostram-se relevantes a nossa pesquisa. Neste sentido, identificamos dentre os relevantes, eixos centrais como definição de C.O e desenvolvimento deste conceito e as relações e aplicações à prática da terapia ocupacional. Um dos artigos fala sobre epistemologias atuais em Terapia Ocupacional e a Ciência da Ocupação, gancho que nos incentivou a realizar uma análise sobre corpo e ocupação de sujeitos acometidos pelo AVE, tendo como base a ciência da ocupação, haja vista que a relação existente nos temas desse projeto não é foco dos estudos encontrados.

Ao pesquisar a palavra AVC/AVE associada à palavra corpo, somente dois artigos puderam ser visualizados dentro desta perspectiva. Na busca que associou todas as três palavras em destaque TO, Corpo e AVE, reduziu ainda mais o número de trabalhos que discutem sobre essa temática, sendo encontrados um total de 4 artigos nessa vertente, porém que não traduzem a relação existente entre os 3 descritores mencionados acima, ou seja, nenhuma das 4 publicações correlaciona e esclarece a intimidade dos temas citados.

Com base no pouco número de trabalhos encontrados que tangem sobre essas três temáticas, é justificável a relevância da nossa pesquisa, pois não existem trabalhos que tratem sobre estes temas de forma inter-relacionada, tornando-o forte até mesmo para construção de uma epistemologia de corpo a partir da Ciência da

Ocupação. Caracterizando essa pesquisa como inovadora e que irá contribuir expressivamente com o campo da Terapia Ocupacional.

Uma vez que este trabalho traz uma perspectiva ampliada, fora do que é comumente encontrado nesses artigos sobre AVE, defendemos que além do impacto ocasionado pelo AVE na vida ocupacional das pessoas, há algo que está intimamente relacionado a maneira como esse sujeito passa a ver o próprio corpo depois do acidente.

Então, por esse motivo, essa pesquisa se envereda para tentar discutir como este corpo do sujeito com AVE é significado e que alterações isso pode gerar para as ocupações, levando em consideração a dimensão de forma e significado ocupacional.

Por isso, torna-se relevante não apenas discutir novas técnicas ou abordagens interventivas, mas compreender como essa incapacidade visualizada nas estruturas e nas funções corporais afetam essas pessoas na sua realidade de vida com consequências nas suas ocupações.

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa é: **compreender a forma e o significado de corpo e ocupação presentes nos discursos de sujeitos com AVE**, e como objetivos específicos: identificar o histórico ocupacional dos sujeitos antes e após o AVE com base na Ciência da Ocupação, além de verificar as repercussões ocupacionais a partir dos estudos do corpo em Terapia Ocupacional.

Então, para alcançarmos esses objetivos, este trabalho foi organizado em 3 capítulos, os quais buscam traduzir os caminhos teóricos traçados nesta pesquisa. Diante disso, no capítulo I será feita a apresentação dos temas CORPO E OCUPAÇÃO e discutiremos as relações existentes nesta díade. No Capítulo II falaremos sobre O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E O CORPO, onde apontaremos os conceitos e características clínicas do AVE, fazendo um diálogo com o Corpo, pois os corpos que aqui falaremos são os mesmos marcados pelo AVE. E por fim, no capítulo III abordaremos o tema que discorrerá sobre TERAPIA OCUPACIONAL E CIÊNCIA OCUPACIONAL, que se configura a partir do conceito e pressupostos da profissão e a contribuição da C.O, que sustenta o estudo aqui vigente. Além dos capítulos metodológicos e de resultados da pesquisa.

## 2 CORPO E OCUPAÇÃO

O corpo, como já fora dito, não é nem de longe um objeto de fácil entendimento e muito menos de fácil explicação. Almeida (2011) nos apresenta o corpo a partir do conceito de Oliveira que o descreve como uma entidade complexa, visto que essas são constituídas de várias unidades simples, interligadas e influentes, nutrida através de uma relação dinâmica. Esse entrelaçamento garante ao corpo a sua complexidade. Logo, compreendemos que o objeto no qual nos propomos a pensar é delicado e merece análise minuciosa, utilizando uma variedade de saberes que nos auxiliem na formatação do nosso entendimento de corpo.

Este corpo pode ser entendido como objeto que se configura constantemente sem atingir a estabilidade e formatos universais. Instável, o corpo para além de um organismo passa a ser um objeto histórico temporal, ou seja, constitui-se sempre nas mudanças que o tempo traz. Ao longo do tempo, o corpo é moldado, seja pelos determinantes biológicos ou pelos da ordem da criação, estes últimos entendidos como “livres” e adquiridos a partir da relação com a cultura, com as pessoas, com o meio, bem como outros envolvimento que claro, seguem a dialógica da história-tempo, ou seja, o corpo apresenta as formas e os gestos que a vida concebeu (ALMEIDA, 2011).

Para Michaud (2009), o corpo é ponto de ancoragem para se apreender como sujeito, gerir-se, manipular-se, ultrapassar-se como pessoa ou indivíduo entre outros. O corpo é portando matéria física, é conteúdo psíquico, emocional, social e porque não ocupacional? Já que as ocupações produzem e estruturam os corpos mediante as relações que tem com cada grupo de estímulos de sua vida ocupacional. Portanto, não só formam a estrutura de corpo que se tem como configuram suas próprias formas de sentir e agir no mundo (ALMEIDA, 2004). É por isso que somos agentes transformadores de nossos modos de viver, pois somos gerentes das nossas ocupações.

O ser humano tem muitas necessidades, dentre elas as fisiológicas/biológicas como sexo, sono, fome, em suma necessidades de sustento e abrigo, ou seja, tudo que fazemos é para satisfazê-las, o pulso, a motivação, a força que nos empurra a

ocupar-nos revela nossa natureza para além de social, uma natureza ocupacional que apoia o viver.

Com isso, apreende-se que se vive por um corpo e este entra no ato de fazer para dar sentido concreto ao “ocupar-se”. Para tal, faz-se necessário um breve apanhado etimológico da palavra ocupação, derivada do latim “occupo” que significa tomar posse, manter algo e realizar uma ação em um tempo e num determinado lugar do mundo físico e social.

Diversos conceitos de ocupação são discutidos na literatura, neste trabalho optou-se por considerar ocupação como:

Tudo que as pessoas querem, precisam ou devem fazer, seja de natureza física, mental, social, sexual, política ou espiritual, incluindo sono e descanso. Refere-se a todos os aspectos reais do fazer, ser e tornar-se humano e também ao de pertencer. Meio prático e cotidiano de auto-expressão, de fazer ou experimentar sentido. A ocupação é o elemento ativista da existência humana, sejam as ocupações contemplativas, reflexivas e mediativas ou baseadas em ações (WILCOCK; TOWNSEND, 2011, p. 542).

Dessa forma, as ocupações são compreendidas não de maneira acessória, auxiliar e ou descartável no viver, mas como protagonista da vida e do corpo. Portanto, Hocking (2011, p.53) declara que “a ocupação nos mantém vivos”.

As ocupações não são atos isolados de um corpo, a estrutura e prática da Terapia Ocupacional, domínio e processo, revela que as ocupações ocorrem em determinados contextos e sofrem influências de fatores do cliente (valores, crenças, espiritualidade, estruturas e funções do corpo), habilidades(motoras, processuais, interação social) e padrões de desempenho (hábitos, rotinas, funções e rituais), bem como acontecem em determinado período de tempo e apresentam utilidade, propósito e significado, podendo ser percebida pelo próprio indivíduo que a pratica e observada por outras pessoas (AOTA, 2015).

As ocupações possuem múltiplas dimensões e acontecem em determinados contextos (cultural, pessoal, temporal e virtual) e ambientes (físico e social) (AOTA, 2015). Considerando o contexto cultural com seu potencial transformador e mutável, entende-se que costumes podem influenciar desde a estrutura corporal de uma pessoa como o nível de envolvimento na vida ocupacional da mesma, o caso das mulheres-girafa da Tailândia é um exemplo de que a cultura<sup>1</sup> influencia no corpo-

---

<sup>1</sup>Definida como crenças e percepções, valores e normas, costumes e condutas compartilhados por grupos de maneira formal ou informal intergeracionalmente.

ocupação e conseqüentemente na forma como as pessoas resolvem seus problemas da vida diária e elencam suas necessidades (BERGANTIÑOS; et al, 2010).

Considerando ocupação como as atividades realizadas cotidianamente conforme a cultura e para além de atos cotidianos elas têm sentido e dão sentido a nossa vida, bem como estruturam nosso fazer, nossa condição no mundo e interferem no nosso Cronos, tempo, isto é, quando algum desses fatores se perde na vida diária, compromete o desempenho ocupacional e repercute em nossa condição de saúde (MARTÍNEZ et al, 2014).

A World Health Organization (WHO, 1946) reconhece que saúde não é apenas ausência de doença, este estado depende e sofre influências de dimensões outras que estão para além de relações dialógicas entre indivíduo e adoecimento. Ampliar a noção de saúde é pensar que há uma gama de outras influências para a sensação de bem-estar físico, mental e social das pessoas, que possibilita compreender o ser humano em seus contextos de vida, haja vista que as pessoas necessitam ter um modelo de vida com maior participação nas ocupações.

Ser, fazer, tornar-se e pertencer pela ocupação garante que os modos de viver contribuam para os estados de saúde e doença das pessoas. No entanto, as ocupações nem sempre são boas ou inofensivas, dependendo do estilo de vida, podem gerar desequilíbrio ocupacional, este deve ser entendido como a falta de equilíbrio entre as áreas de desempenho. Esta perspectiva ocupacional de saúde surge nos estudos de Wilcock (1998) que nos incentiva a refletir sobre o equilíbrio dinâmico que deve existir entre fazer e ser para ter uma vida saudável (VALER; ORTEGA, 2011).

Desse modo, as ocupações que prejudicam o desempenho ocupacional refletem de maneira negativa na saúde culminando em desequilíbrio ocupacional, desencadeando mudanças abruptas no cotidiano do sujeito. Dessa forma, mudam-se trajetórias de vida, atividades sociais e laborativas, resultando muitas vezes em hospitalização (MANIVA, 2013).

Para Wilcock (1998), as ocupações podem nos conferir saúde ou não, nem sempre são positivas para o bem-estar das pessoas o que justifica o cuidado que se deve ter com elas. Diante disso é que terapeutas ocupacionais atendem às necessidades de participação ocupacional dos indivíduos na vida diária, pois

entendem os seres humanos de uma maneira muito singular, sob a lente das ocupações (YERXA, 1993).

Acredita-se que para as ocupações acontecerem, é necessário que o corpo se envolva nela, não há ocupação sem envolvimento de corpos. O corpo que se ocupa, o corpo que produz, o corpo se faz produtor, fruto de afetações justifica a ideia de que as ocupações necessitam de corpo e de um espaço para se tornarem reais (ALMEIDA, 2004; LIBERMAN, 2008).

O corpo interage com o mundo e produz sentido, inserindo o ser humano em um espaço social e cultural. Ao mesmo tempo em que, com seu corpo, o indivíduo produz sentido e, também, integra a rede de sentidos do grupo social do qual faz parte. Portanto, assimila as formas de relação do corpo com o mundo impostas pelos estilos de vida e papéis assumidos ao longo da sua existência. Essas experiências, externa e internamente impressas no corpo determinam as formas de sentir, perceber, aparecer, mostrar, ver e tocar (NASCIMENTO, MEDINA, TEIXEIRA, 1998).

### **3 O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E O CORPO.**

O sistema nervoso central (SNC) é formado por estruturas nobres e altamente especializadas que necessitam de um constante suprimento sanguíneo, uma vez que este leva elementos essenciais como a glicose e o oxigênio para o funcionamento normal do corpo. No entanto, algumas patologias interrompem momentaneamente este suprimento sanguíneo cerebral e dependendo do tempo de duração e da área afetada torna-se responsável por lesões encefálicas irreversíveis, já que os neurônios não tem poder regenerativo (MACHADO; HAERTEL, 2014).

Desta forma, vários processos patológicos podem acometer os vasos sanguíneos encefálicos, são alguns exemplos: lesão da parede do vaso, alteração da permeabilidade vascular, oclusão da luz vascular por trombo ou êmbolo, ruptura do vaso e alteração da viscosidade ou da qualidade do sangue (FUKUJIMA, 2005). Esta interrupção na circulação de determinadas áreas encefálicas, causa necrose e amolecimento do tecido nervoso, acompanhado de alterações motoras, sensoriais ou psíquicas, caracterizadas pela área e artéria lesada (MACHADO, HAERTEL, 2014).

Estes processos, comumente, podem ocasionar o acidente vascular encefálico, doença do tecido encefálico de grande frequência e repercussão entre a população acometida (DE OLIVEIRA; DE SOUZA, 2008). O AVE pode ser caracterizado por uma interrupção do fluxo cerebral vascular. Este possui diversas etiologias, bem como fatores predisponentes que levam a alterações físicas, cognitivas e comportamentais diferenciadas e que dependem da área encefálica acometida (CECATO, 2012).

Basicamente, apresenta-se em duas formas clínicas, o AVE Isquêmico que se caracteriza pela oclusão das artérias e arteríolas, seja por eventos trombóticos e obstrutivos locais, seja por embolia; e o AVE Hemorrágico que é caracterizado por rompimento do vaso arteriolar cerebral, seja na presença de aneurismas cerebrais, hemorragias meníngeas ou outras malformações vasculares (CECATO, 2012).

De acordo com Ares (2003), Pulaski (2002) e Veruskys (1989), o AVE refere-se ao desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem

vascular, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão.

O sinal mais comum do AVE é a fraqueza repentina ou dormência da face, braço e/ou perna, geralmente em um hemicorpo. Pulaski (2002) e Veruskys (1989), afirmam que o AVE apresenta sequelas motoras, como a hemiplegia ou hemiparesia de um lado do corpo, diminuição ou perda de sensibilidade em um hemicorpo, alterações cognitivas, além de outros sinais frequentes que incluem: confusão mental, dificuldade para falar ou compreender, engolir, enxergar com um ou ambos os olhos e caminhar; distúrbios auditivos; tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação; dor de cabeça intensa, sem causa conhecida; diminuição ou perda de consciência.

Cecato (2012) apresenta as características clínicas do AVE através de um panorama do controle da motricidade, referente ao córtex motor primário e suas fibras descendentes no sentido do trato piramidal até a medula (sistema piramidal), bem como o oriundo do córtex cerebral e cerebelar descendentes em vias não piramidais (sistema extrapiramidal), apresentamos no quadro abaixo uma visualização didática pelo padrão anatomofisiológico:

**Quadro 1: Apresentação clínica de acordo com o sistema afetado**

<b>PIRAMIDAL-MOVIMENTAÇÃO VOLUNTÁRIA</b>	<b>EXTRAPIRAMIDAL-MOVIMENTAÇÃO INVOLUNTÁRIA</b>
Plegia	Ataxias
Paresia	Padrões de movimentação involuntária que afetam a coordenação, o equilíbrio e controle postural
Hipertonia (tipo espasticidade)	
<b>Apresentação clínica de acordo com o hemisfério cerebral afetado</b>	
<b>HEMISFÉRIO DIREITO- não dominante</b>	<b>HEMISFÉRIO ESQUERDO- dominante</b>
Hemiparesia esquerda	Hemiparesia direita
Deficits motores: plégico, parético, espástico, flácido, rígido, distonico ou atáxico	Deficits motores: plégico, parético, espástico, flácido, rígido, distonico ou atáxico

Diminuição de atenção	Afasia
Falta de crítica	Apraxias
Fala e comportamento liberado	Alterações comportamentais de cunho depressivo

Fonte: Organização das autoras, 2016.

De acordo com Adams e Victor (2002) as doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no mundo dentre as doenças crônico-degenerativas, precedida apenas pelas cardiopatias em geral e o câncer. É a doença cerebrovascular que apresenta maior incidência, tem maior morbidade, resultando em incapacidades. A maioria das pessoas que sobrevivem apresentará déficits neurológicos e incapacidades residuais significativas que implicarão diretamente na funcionalidade do indivíduo.

No Brasil, apesar do declínio nas taxas de mortalidade, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade no País, o que cria grande impacto econômico e social. Dados provenientes de estudo prospectivo nacional indicaram incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9%, sendo o índice de recorrência após um 1 de 15,9%. Não existem, em nosso País, estatísticas sobre AVC em crianças e adolescentes, e os dados mundiais variam muito de acordo com a metodologia adotada para o estudo.

No Brasil, são registradas cerca de 68 mil mortes por AVC anualmente. Um número ligeiramente inferior ao registrado no ano anterior: 68,9 mil. A doença representa a primeira causa de morte e incapacidade no País, o que gera grande impacto econômico e social. Dados provenientes de estudo prospectivos nacional indicaram incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013). Tãmanha é a incidência que se configura como grande clientela para a atuação de terapeutas ocupacionais junto ao processo de reabilitação desses clientes.

O AVE constitui a maior causa de incapacidade, tanto que 31% dessa população necessita de auxílio quanto ao desempenho de suas atividades de vida diária, 20% precisa de ajuda para a marcha e 16% requer assistência em hospitais, em internações ou tratamento de reabilitação (ADAMS; VICTOR, 2002).

O levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revela dados alarmantes concernentes à região Norte. A denominada Pesquisa

Nacional de Saúde 2013 traz a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de AVC e possui grau intenso ou muito intenso de limitações habituais devido a esta patologia. Os dados expressam que no Norte do país este percentual alcança 29,7%, recorde\* entre as demais regiões. Já entre os estados do Norte, o Pará assume a terceira colocação, com 33,6% dos casos, atrás de Rondônia (36,4%) e Tocantins (38,3%) (IBGE, 2014).

Neste contexto, as doenças neurológicas contribuem para o grande número de indivíduos que apresentam alguma incapacidade. Tal condição clínica caracteriza-se por graves complicações que podem causar alterações permanentes na vida do indivíduo, gerando sequelas que ocasiona impacto não somente na vida do paciente e de sua família, mas também em toda a sociedade. Essas patologias privam o indivíduo independente de gerenciar sua vida, muitas vezes ficando à margem do auxílio de terceiros (ATRICE; et. al 2004).

Este dano neural do qual o AVE é responsável implica em várias dimensões, algumas delas são psicológicas, emocionais, sociais, econômicas e físicas, esta última, intimamente ligada às estruturas e funções do corpo do indivíduo (AOTA, 2015). Para tanto, faz-se um convite a entender primeiramente de que corpo estamos falando e que relações ele tem com o mundo.

O corpo sempre foi objeto de curiosidade por ser uma engrenagem misteriosa. Esse fato levou com que cada área do conhecimento humano apresentasse possíveis definições para ele como seu objeto de estudo.

Almeida (2004) aponta algumas ideias defendidas por diferentes áreas de conhecimento na contribuição aos estudos sobre corpo como a Antropologia que contribui pensar nele como agente transformador e criador de comportamentos e anatomias mediado pela cultura a que é envolvido. A filosofia marxista, por exemplo, valoriza a produção da vida material, enaltecendo a qualidade de homem produtor discernindo o corpo e suas produções como determinantes da vida humana e cultural contribuindo para a formação da sociedade. Já para as neurociências o corpo é um sistema autorregulado onde tudo se constitui e se transforma.

O corpo, portanto, é ator fundamental no processo de existir, é até ilusório imaginar viver sem ele, mesmo que essa percepção de corpo não seja unanime, e não o é, aqui mais uma vez o “relativo” faz sentido. Entende-se que os corpos são construídos e o modo de funcionamento está ligado a diversos fatores, entre eles: a

cultura, a genética, os vínculos estabelecidos ao longo de uma existência, a subjetividade que acompanha, molda e orienta certos modos de funcionamento dos corpos e a vida em determinado tempo/espço, das experiências vivenciadas, entre outros aspectos (LIBERMAN, 2010).

De experiências outras se conhece o corpo ou os corpos que podem existir em uma vida e no ato de viver vamos construindo os muitos corpos pelos quais passamos no espaço de uma vida, quando crianças, por exemplo, assumimos uma estrutura de corpo que vai se tornando mais complexa à medida que amadurecemos, e em cada fase do ciclo vital percebemos mudanças na estrutura corporal e no corpo-relação como o mundo (KELEMAN, 1994 apud LIBERMAN, 2008).

Flávia Liberman no seu livro *“Danças em Terapia Ocupacional”* (1998) faz uma síntese de suas experiências com a dança e discute o corpo através de seus afetos, retratando seu contato com o ballet clássico nos impulsiona a refletir sobre as marcas que o corpo adquire, como por exemplo, os pés que adquirem contornos e formatos característicos do uso das sapatilhas de ponta, os “famosos” pés de bailarinos, que geralmente são vistos como feios. É relevante enxergar que os corpos apresentam marcas.

No entanto, as mudanças nos corpos nem sempre serão em virtude apenas de questões naturais, isso é óbvio, podem ser causadas por eventos “traumáticos”, aqueles que têm conotação negativa e que exprimem a mudança com marcas “ruins”. Por exemplo, os corpos dos nossos sujeitos pesquisados, são esses os corpos marcados pelo acidente vascular encefálico.

## 4 TERAPIA OCUPACIONAL E CIÊNCIA DA OCUPAÇÃO

A Terapia Ocupacional e a Ciência da ocupação se aproximam em virtude de seu objeto de estudo, pois há uma compreensão partilhada de que é por meio da ocupação que os indivíduos se envolvem nos seus contextos de vida (WILCOCK, 1993). Muito já conceituada nos capítulos anteriores, as ocupações são, em suma, as coisas que fazemos em alguns lugares, de forma compartilhada ou individual e que gera em um significado, tendo um propósito e uma forma natural de acontecerem. Por ela nós temos, fazemos, vivemos, somos, nos tornamos e pertencemos.

Neste capítulo, abordaremos algumas bases teóricas que fundamentam a Terapia Ocupacional e a Ciência Ocupacional e nos embasam na construção desse modo de pensar o corpo e as ocupações de pessoas que sofreram o acidente vascular encefálico, mas não se aprisionando apenas a estes corpos e sim suscitando novas formas de ver os diferentes clientes, pessoas e/ou organizações e enxergando novos horizontes na construção de novos conceitos e fortalecimento de nossas bases. Para isso, discutiremos alguns conceitos de TO e CO, assim como as relações possíveis, existentes e necessárias que delas advenham.

A Terapia Ocupacional é uma profissão que nasce nos primeiros anos do século XX, datada de março de 1917, forma-se por um grupo de pessoas (médicos, enfermeiros, artesãos, arquitetos, assistentes sociais e secretários) que se unem pela ideia de que a ocupação poderia desempenhar um importante papel na cura e na saúde. A profissão tem sua atuação fortalecida no movimento da eficiência<sup>2</sup> onde investia seus esforços na análise e compreensão das formas de melhorar a atividade por meio dos métodos de conservação de energia (GORDON, 2011).

Reportemo-nos ao contexto histórico da primeira guerra mundial, nesse período, as enfermeiras treinadas trouxeram uma contribuição importante no resgate da vida ocupacional dos incapacitados. Neste contexto, a profissão objetivava ensinar novos ofícios aos soldados mutilados em decorrência das batalhas (DRUMMOND, 2014).

---

<sup>2</sup> O movimento da eficiência nasce da preocupação sobre a necessidade de ampliar a eficiência da sociedade que vivia período de tensão em detrimento do crescimento da incidência de incapacidades relacionadas aos acidentes industriais, à tuberculose, à primeira guerra mundial e à doença mental (DANIELS, apud GORDON, 2011).

Vale ressaltar que a Terapia Ocupacional é uma profissão que é concebida no berço da saúde, porém que já assume outras vertentes de possibilidades de prática, agregando, valores, conceitos e saberes que visem sempre o homem ocupacional em seus diferentes contextos de vida. São outros campos por onde a profissão peregrina: a educação e o campo social. Com isso, o arcabouço teórico da TO é amplo e complexo, haja vista que fontes outras são incorporadas para auxiliar na compreensão dos campos em que a TO perpassa. Em virtude disso iremos nos deter a lançar bases da área afim, ou seja, da Terapia Ocupacional em reabilitação, pois um de nossos objetos de pesquisa trata-se de uma patologia e como tal, afeta a saúde dos sujeitos.

Portanto, desde a gênese da profissão, o terapeuta ocupacional faz parte da equipe de reabilitação e ajuda a construir alternativas assistenciais que se estruturam a partir de noções distintas sobre indivíduo, corpo, intervenção técnica, processo de saúde-doença, deficiência, incapacidade, tratamento e reabilitação (FERREIRA; OLIVER, 2006).

Para os mesmos autores, eixos estruturadores das práticas de reabilitação em Terapia Ocupacional tem sido:

A noção de corpo, que, na maior parte das vezes, é considerado como “máquina”, que necessita de adaptação, de reconstrução da função para que sua fragilidade diminua e para que, progressivamente, possa ser alcançada a independência da pessoa para o desenvolvimento das atividades cotidianas de autocuidado, trabalho ou lazer. Essa independência conquistada levaria a maiores possibilidades de inserção e participação na vida social, um dos principais problemas enfrentados também pelas pessoas com disfunções físicas (FERREIRA; OLIVER, 2006, p. 109).

Assim, a própria Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (WFOT, 2012) considera que a profissão deve objetivar contribuir na promoção de saúde e bem estar através da ocupação, configurando-se como facilitadores dos processos de participação das pessoas com incapacidades nas atividades da vida diária e/ou promovendo mudanças ambientais favorecedoras da participação.

Drummond (2014) afirma que o princípio norteador da profissão é o comportamento ocupacional que nasce do pressuposto de que a ocupação é o centro e o método da área, ou seja, ocupação é meio e fim das intervenções de terapeutas ocupacionais. Pensando nisto, quando as pessoas sofrem acidentes incapacitantes do ponto de vista primordialmente físico, ganha força a atuação

multiprofissional, da qual os terapeutas ocupacionais incluem-se trabalhando para o resgate das capacidades físico-funcionais do corpo limitado (PEDRETTI; EARLY, 2004). Isto, dentro de uma concepção clássica da Terapia Ocupacional nas disfunções físicas.

Segundo Soares (2014), a profissão de terapeuta ocupacional objetiva alcançar através de suas intervenções profissionais a melhora do desempenho, ampliação da autonomia, superação dos déficits ou traumas, garantia da inserção e retorno a comunidade por meio da ação, do fazer humano bem como do cotidiano, definidos como objeto da profissão.

Na área da neuroreabilitação, por exemplo, os terapeutas ocupacionais debruçam-se a entender a relação entre neuroanatomia e neuropatologia e, o impacto no desempenho ocupacional, o que possibilita reorganizar e adaptar o sistema nervoso central a partir de estratégias de intervenção para prevenir recidivas, também pode indicar técnicas para compensar a função neurológica acometida (DE FARIA, 2011).

Concernente às possibilidades da profissão na reabilitação física pode-se entender na concepção de Almeida (2004, p.77) que diz: “a limitação corporal é uma limitação existencial que pode ser modificada pela Terapia Ocupacional”. Isto vem corroborar com a ideia de que o corpo é por natureza, algo inacabado que pode se reinventar a todo tempo e em diferentes situações, do mesmo modo que os fazeres cotidianos se remodelam e não são estáticos e que por isso estão sempre passíveis a se reconstruir, pensamento basal dentro da profissão que fomenta a prática por meio das ocupações com a finalidade de ocupar-se para o viver.

Por este motivo, os terapeutas ocupacionais aprendem sobre as ocupações buscando compreender como tais são desempenhadas e significadas pelas pessoas que as realizam. Nesse sentido, uma ciência apregoa seus princípios que são incorporados à prática da Terapia Ocupacional de maneira que as mesmas conversem e possibilitem sempre o olhar holístico sobre o ser humano e sensível às ocupações e sutilezas da vida cotidiana.

Diante disso, a Ciência da Ocupação é uma disciplina emergente que potencializa esse desvelar de formas, funções e significados, pois compreende o ser humano como ser ocupacional compartilhando essa ideia com a Terapia

Ocupacional, unindo conhecimentos de áreas diversas como biológicas, sociais, da saúde e tecnológicas, entre outras (ARAÚJO; FOLHA, 2010).

A Ciência da Ocupação nasce como disciplina na Universidade do Sul da Califórnia em 1989 e conta com o pioneirismo da terapeuta ocupacional Elizabeth June Yerxa. Originalmente descrita como uma ciência básica que se propunha a explorar o fenômeno da ocupação em sua totalidade, a ciência ocupacional destinou-se a multidisciplinariedade, e com promessas de que seria, com o tempo, base fundamental para a Terapia Ocupacional proporcionando os conhecimentos que a profissão necessitasse (MOLKE; LALIBERTE-RUDMAN; POLATAJKO, 2004).

Carrasco e Olivares (2008) ao falar de ciência da ocupação conceitua a ocupação como uma ideia arraigada na mente das pessoas e compartilhada culturalmente. Definem ainda o ambiente como uma unidade que envolve os aspectos físicos, sociais e temporais.

Segundo Carrasco e Olivares (2008) ocupação é compreendida como um acontecimento que se origina através do resultado da interação dinâmica de elementos distintos, subdivididos em três níveis: Supraordinado que compreende à pessoa, ao ambiente e à atividade; De base que podem ser observadas tanto por quem desempenha quanto por quem presencia a ocupação compreendendo à forma, função e significado; e nível subordinado que é específico a quem observa o indivíduo que se envolve na ocupação.

Assim as ocupações são constituídas de atividades ordenadas pela cultura em conformidade com sua funcionalidade para a vida do indivíduo. Suas principais características são propositais, autoiniciadas e possuem valor social (DICKIE, 2011).

Carrasco e Olivares (2008.p.7) afirmam que: *“La Ocupación es entonces la vivencia subjetiva, dada por el propósito y el significado de realizar una forma ocupacional”*. Clark *et al* (1991) reforça esta compreensão ao definir a ciência ocupacional como um campo que engloba os substratos de **forma**, **função**, **significado**, estes substratos incluem: sistemas anatômicos e de processamento da informação, unidades biológicas. A **forma** contém os passos, a duração e as ferramentas utilizadas que levam a conclusão da tarefa; a **função** é aquilo que nos propomos a conseguir com determinada ocupação e; os **significados** são pessoais, mas tem em sua composição contribuições sociais (HOCKING; WRIGTH-St CLAIR, 2011).

David Nelson ao propor o Modelo de Forma e Performance ocupacional inaugura uma forma didática de compreender que elementos podemos identificar em uma determinada forma ocupacional a dividindo em dois aspectos: 1- Descrita objetivamente em termos do **estímulo físico**, observados no ambiente imediato dos indivíduos em um determinado tempo; 2- **Realidade sociocultural**: Valores, normas, símbolos, regras; Universal, social e cultural. (NELSON, 1988; NELSON, JEPSON-THOMAS, 2003), conforme o quadro a seguir:

**Quadro 2: Características Observáveis na Forma Ocupacional**

<b>Estímulos físicos</b>	
Materiais	Número de objetos, relações espaciais estabelecidas entre eles, e características físicas de cada objeto. Peso, textura das superfícies; Características espaciais (altura, largura e profundidade) Posição relativa (em relação a outra pessoa) Som E Características de iluminação e temperatura
Ambiente ao redor	local, fatores que separam o ambiente imediato do "outside";
Contexto pessoal/humano	Movimento, fala, aparência, idade.
Contexto temporal	Passo a passo do fazer, contextualização do tempo.
<b>Dimensão Sociocultural</b>	
Símbolos Normas Regras Variação típica Regras de linguagem Etc.	<u>Nível social</u> : Universal; Cultural; Regional; Nacional Institucional; Organizacional; Vizinhaça; Família Outros grupos

Fonte: Nelson (1988); Nelson; Jephson-Thomas (2003)

Embora esse esquema não seja usual, pois compreende um outro modelo em Terapia Ocupacional, o mesmo nos ajuda a compreender a complexidade dos fatores que podem envolver a forma ocupacional. Para os cientistas ocupacionais a forma ocupacional refere-se as características diretamente observáveis de dado envolvimento ocupacional, ou seja, busca-se compreender como determinada ocupação é desenvolvida, sugerindo respostas de ordem temporal (quando acontece), espacial (onde acontece), organizacional/sequencial (etapas em que acontece) e/ou afetiva (quem está envolvido).

Assim, segundo Nascimento e Paiva (2016) a interação em conjuntos de três dimensões atividade, ambiente e pessoa é que se compreende a forma, função e significado ocupacional. A forma consiste na interação da atividade com o ambiente, é a maneira como a atividade é realizada, ou seja, quando a ideia adquire, um tempo, um espaço físico e social. A função se trata da interação entre a pessoa e a atividade, é a finalidade da realização da atividade, é o aspecto mais funcional da ocupação. E o significado ocorre a partir da interação entre a pessoa e o ambiente, é a importância do envolvimento com a atividade, o aspecto simbólico da ocupação, pois frequentemente a ocupação cria o significado e auxilia na resolução de questões existenciais (BILLOCK, 2011).

Frutos de influências mútuas entre forma, função e significado, as ocupações podem ser compartilhadas ou individuais, ser benéficas ou não, seja qual for a condição que acontecem, o que não se pode negar é a importância que elas assumem nos modos de viver das pessoas, organizações e ou populações, pois transparece na medida em que as pessoas se envolvem nelas, traduzindo os fazeres em estilos de vida bem equilibrados e funcionais bem como podem levá-los a experimentarem o desequilíbrio e disfunção ocupacional (CARRASCO; OLIVARES, 2008; AOTA, 2015).

A Ciência da Ocupação ou Ciência Ocupacional surge para apoiar a prática e estudo da Terapia Ocupacional e contribuir com novos conhecimentos para profissionais e para sociedade. Apresenta-se como síntese interdisciplinar de conhecimentos básicos sobre o ser humano, defendendo o termo que designa este ser como um ser ocupacional. Logo, tornou a prática da Terapia Ocupacional ainda mais legítima, pois havia uma necessidade de aprofundar a ideia de que a Terapia Ocupacional tem como base as ocupações das pessoas (YERXA, 1993). Em ordem cronológica, podemos inferir que a Terapia Ocupacional com seus pressupostos filosóficos e conceitos-base influenciaram e continuam influenciando a identidade da então recente Ciência Ocupacional, assim como a ciência da ocupação tem contribuído para a melhor fundamentação teórica acerca do objeto profissional (MOLKE; LALIBERTE-RUDMAN; POLATAJKO, 2004).

Dessa forma, pode-se dizer que a ciência da ocupação consiste no estudo sistemático do ser humano como um ser ocupacional, incluindo a necessidade e a capacidade de adaptar-se e envolver-se, e estruturar suas ocupações para dar

forma a suas vidas. A premissa da ciência da ocupação é que o conhecimento da forma, da função e do significado das ocupações dentro e fora dos contextos terapêuticos e clínicos, permite compreender o homem como sujeito ocupacional e intervir em seus âmbitos para favorecer seu equilíbrio de vida e seu bem estar (NASCIMENTO; PAIVA, 2016).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Caracterização da Pesquisa:

Diante do objeto de investigação que se centra na análise sobre forma e significado de corpo e ocupação presentes nos discursos de sujeitos com AVE, este estudo adotou uma abordagem qualitativa, pois teve objetivo interpretar/compreender as relações inerentes ao universo de significados dos fenômenos, um espaço melindroso e profundo que não se reduz à operacionalização de variáveis (TURATO, 2005).

Segundo Minayo (2013) as metodologias qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade intrínsecas aos atos, às relações, estruturas sociais, sendo cada uma destas compreendidas como construções humanas com grandes significados. Esses significados geralmente interessam as pesquisas em TO, deixando claro as afinidades entre as preocupações da TO e do paradigma e métodos de pesquisa qualitativa, pois ambas dão enfoque as realidades da vida cotidiana (KIELHOFNER, 1982)

Trata-se de um estudo descritivo por “destrinchar” os relatos e descrever as repercussões tanto no corpo quanto nas ocupações. De acordo com Gil (2008), este tipo de pesquisa objetiva descrever as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência, neste caso a experiência de sujeitos acometidos pelo AVE.

Apresenta caráter exploratório que tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, envolverá entrevistas com pessoas que tenham experiências práticas com o objeto pesquisado (GIL, 2007 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Como instrumento da pesquisa para coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada que tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e/ou hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado, a qual favorece não somente descrição dos fenômenos, mas explicação e compreensão de sua totalidade (TRIVIÑOS, 1987 apud. NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A entrevista semiestruturada serviu para coletar informações relevantes e pertinentes que respondam aos objetivos da pesquisa. Optou-se pela análise do discurso, a partir da organização dos dados empíricos que permitirão alcançar nos enunciados dos sujeitos não só o conteúdo explícito como o conteúdo presumido, isto, seguindo o pensamento Bakhtiniano de que as palavras ditas estão impregnadas de sentidos construídos na relação do homem com seu contexto e com outros “eus”. Dessa maneira, foi possível analisar os dados evocando sentidos e significados presentes nesses discursos, discernindo os principais pontos influentes das falas dos sujeitos sobre os aspectos que são considerados determinantes para os possíveis resultados da pesquisa (PONZIO, 2008).

## **5.2 Sujeitos da Pesquisa**

São participantes da pesquisa pessoas com sequelas de AVE, que estão inscritas no Projeto de Extensão “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: enfoque sobre as atividades de vida diária”, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE-apêndice). Dos critérios de inclusão optamos por indivíduos que sofreram AVE, e que apresentassem alterações na estrutura corporal, que desejassem contribuir com esta pesquisa.

O projeto de extensão supracitado conta com o total de 9 inscritos, destes, 2 são pacientes com sequelas de traumatismo cranioencefálico; 7 são pessoas com alguma sequela de AVE, entre esses, 2 foram excluídos por apresentarem afasia, que comprometia a sua participação, outros 2 pacientes não foram inclusos por conta de não apresentarem sequelas motoras, sendo elas apenas cognitivas. Portanto, apenas 3 se encaixavam nos critérios de inclusão estabelecidos que puderam contribuir com esta pesquisa.

Ressaltamos que a escolha desse projeto considerou a facilidade de acesso das pesquisadoras à clientela que preenche os critérios de inclusão desta pesquisa, bem como possibilitou a conciliação das atividades acadêmicas e contribuiu para o fortalecimento do elo pesquisa e extensão incentivados pela própria Universidade, da qual as pesquisadoras fazem parte.

A Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional foi escolhida como local da pesquisa, pois é no seu espaço físico que ocorrem os atendimentos do Projeto de

Extensão, facilitando o acesso dos sujeitos à pesquisa. Neste sentido, Desenvolvemos a pesquisa com o universo total de pacientes do projeto de extensão que atenderam aos critérios de inclusão.

### 5.3 Etapas da Pesquisa

A **pesquisa bibliográfica** ocorreu durante todas as etapas da pesquisa, de modo a construir os referenciais teórico-metodológicos; para isso, as autoras realizaram uma pesquisa do tipo estado da arte que consiste no mapeamento da produção de determinada área de conhecimento, ou seja, foi realizado um levantamento bibliográfico acerca da temática, de caráter exploratório, sendo a mesma realizada através do levantamento de dados com consultas a obras literárias, artigos científicos, periódicos, monografias e teses específicas da área, e descreveram considerações relevantes no decorrer da pesquisa, o que resultou na discussão sobre o tema abordado por este trabalho.

Como instrumento de pesquisa elaboramos um **roteiro de entrevista semiestruturada** onde constam perguntas de identificação dos sujeitos, assim como perguntas relacionadas aos objetivos desta pesquisa, no que tange a forma e significado de corpo e ocupação, conforme observado no Quadro 1, e no apêndice B (Entrevista completa).

**Quadro 3: Perguntas do roteiro de entrevista semiestruturada**

<b>Forma</b>
1. Você pode falar sobre seu corpo antes do AVE?
2. Você pode falar do seu corpo depois do AVE?
3. Você pode falar sobre como você realizava suas ocupações (autocuidado, trabalho e lazer)? (como você fazia pra cuidar de si? Como fazia pra trabalhar? Como você fazia pra se divertir?)
4. Você pode falar como realiza suas ocupações atualmente?
<b>Significado</b>
5. Qual o significado que seu corpo tem para você? Esse significado era o mesmo antes de acontecer o AVE?
6. O significado atribuído hoje ao seu corpo tem influência no seu dia-a-dia?

Fonte: Organização das autoras.

As **entrevistas** foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. Para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa foram adotados pseudônimos, garantindo a confidencialidade e sigilo das informações; a entrevista foi registrada por meio de gravador de voz e escritos. Os áudios/dados das entrevistas foram transcritos e analisados segundo os significados trazidos pelas respostas dos participantes da pesquisa, a análise do discurso foi feita conforme a experiência Bakhtiniana.

Socializamos os resultados neste trabalho com vistas a contribuir para a construção de uma epistemologia de corpo com base na ocupação, objetivando fomentar essa discussão na comunidade acadêmico científica, bem como fortalecer o objeto de investigação da Terapia Ocupacional, tornando-o cada vez mais claro e próprio desse campo profissional.

O projeto foi cadastrado e aprovado na Plataforma Brasil, onde obteve-se o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 52274515.7.0000.0018) (ANEXO A), em seguida encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará. Respeitando todos os princípios éticos de Pesquisa em seres humanos. Logo a pesquisa só foi efetivada após autorização.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1 REPERCUSSÕES OCUPACIONAIS NO “CORPO AVE”**

A relação das ocupações e os modos de viver das pessoas refletem em condições de saúde e doença. Hábitos e rotinas exemplificam isso quando se fala de AVE, pois ambos compreendem alguns fatores de risco para essa patologia neurológica adquirida. De acordo com o documento “Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com AVE” (BRASIL, 2013), tabagistas, etilistas, sedentários, hipertensos e diabéticos são os principais alvos para a ocorrência súbita do acidente vascular encefálico.

Pacientes com sequelas de AVE necessitam de auxílio quanto ao desempenho ocupacional. A maioria das pessoas que sobrevivem apresentam déficits neurológicos e incapacidades residuais significativas que implicarão diretamente na funcionalidade do indivíduo, mais do que isso, implicam em novos corpos, seja enquanto estrutura física modificada seja nos sentidos que esse novo corpo atribui a si e ao existir/viver/ocupar-se.

A relação que a pessoa estabelece com o próprio corpo e com o mundo a partir das experiências é um elemento constitutivo e essencial da individualidade. E a ruptura desse elemento pela doença tem um significado especial quando nos referimos ao Acidente Vascular Encefálico, o qual é causador de uma “mutilação” do corpo, não por perda física de parte dele, mas por novas imagens e percepções do mesmo. Almeida (2004) defende que existem reações fisiológicas ocorrendo o tempo todo em nosso corpo, no entanto, quando essas reações orgânicas estão prejudicadas, podem afetar a imagem que uma pessoa tem de si mesma.

### **6.2 QUEM É O SUJEITO QUE FALA?**

Influenciadas pelo nosso referencial teórico metodológico, a teoria Backtiniana, não poderíamos discutir os dados dessa pesquisa sem antes apresentar-lhes os sujeitos. Para vislumbrarmos e compreendermos a magnitude dos discursos é necessário que se conheça quem está falando, quem é a pessoa a qual ouvimos. Mikhail Backtim (1992 apud ALVES, 2005), um dos principais

pensadores do século XX nos alerta a primordialmente conhecer o sujeito para então buscar compreender o seu discurso. Para ele é fundamental saber quem fala, qual a sua história de vida. Neste excerto nos debruçaremos a apresentar os sujeitos das histórias vividas, os entrevistados.

NTVJ, 79 anos de idade, religiosa, católica e muito convicta, vivia uma vida ativa, repleta de fazeres, dentre estes, desempenhava o papel de mãe, gestora do lar, fazia todas as funções que comumente estão presentes nesse papel, protagonizava todos os afazeres de casa (cozinhava, limpava, lavava roupa e etc...). Em 07 de fevereiro de 2015, há 1 ano e 7 meses foi acometida pelo AVE.

FEC, 55 anos de idade, sofreu um AVE em 18 de dezembro de 2007, nesse estágio da vida, trabalhava e era o chefe da família, principal provedor, ativo em tudo que fazia, principalmente em sua rotina intensa de trabalho, com altas horas de sobrecarga e estresse. Religioso, costumava frequentar a missa quando tinha oportunidade.

CSSM, 57 anos de idade, teve sua vida marcada pelo AVE em 19 de julho de 2015. Desempenhava tarefas de cuidados com o lar, tais como limpar, cozinhar, além do cuidado com o outro que desempenhava ao cuidar dos netos. Realizava o trabalho para subsistência da família, este consistia na produção e venda de salgados, além disso, gostava de passear, sobretudo de ir à praia.

### **6.3 “AS CURVAS”: O QUE OU QUEM AS DELINEIA?**

Dos corpos que falaremos a seguir, será possível conhecer a forma e os seus significados a partir dos contornos dados pelas histórias de vida. A forma da qual falamos, engendra-se nos aspectos visíveis da percepção corporal, a partir das relações que o corpo tem com tudo aquilo que o rodeia, do tempo em que ocorrem essas relações, as que podem ser observadas nos discursos dos entrevistados, ou seja, como eles viam seus corpos antes do AVE, como se davam as relações e como esse corpo passa a ser visto atualmente. E os significados estarão presentes em cada tópico, pois para nós os significados estão implícitos em todas as falas dos sujeitos.

Percebeu-se que a história de vida de cada um nos dá uma dimensão do quanto as modificações trazidas pelo AVE incomodam e como são interpretadas e

expressas em cada discurso. Quando pedimos para os entrevistados falarem sobre seu corpo inevitavelmente entraremos em contato com o “Como se vivia a vida”. E nesse momento inevitável observar o emocional falando alto, e trazendo contornos dos significados.

O corpo do nosso objeto pode ser entendido como aquele que se configura constantemente sem atingir a estabilidade e formatos universais. Instável, o corpo para além de um organismo passa a ser um objeto histórico temporal, ou seja, constitui-se sempre nas mudanças que o tempo traz. Ao longo do tempo, o corpo é moldado, seja pelos determinantes biológicos ou pelos da ordem da criação, estes últimos entendidos como “livres” e adquiridos a partir da relação com a cultura, com as pessoas, com o meio, bem como outros envolvimento que claro, seguem a dialógica da história-tempo, ou seja, o corpo apresenta as formas e os gestos que a vida concebeu (ALMEIDA, 2011).

Para tanto, antes de começar a descrever as percepções desses sujeitos no que se refere as formas e significações do corpo, gostaríamos de conduzir os leitores para uma leitura fluente que irá decorrer dentro de um padrão organizacional que se divide em ANTES e DEPOIS do AVE. Dessa maneira, esse arranjo poderá possibilitá-lo a um melhor entendimento daquilo que as pesquisadoras se propõe a expor neste trabalho.

#### 6.4 FORMA OCUPACIONAL: AUTOCUIDADO, TRABALHO E LAZER

Todos os fazeres um dia foram obras de arte, quando foram recém-inaugurados em nossos corpos de forma significativa, potencializando novas vidas (ALMEIDA, 2004. p. 6)

A fim de elucidar os aspectos que envolvem as ocupações narradas por nossos entrevistados, primeiramente nos deteremos a compreender a forma pela quais elas se concretizavam, ou seja, **o antes** do AVE e adiante falaremos como elas passaram a ser realizadas, **depois** o AVE. Nesta sessão propomos a análise ampliada da forma ocupacional, dispondo de três ocupações primordiais do ser humano: o Trabalho, o Lazer e o Autocuidado.

Para iniciar esta discussão começaremos pela ocupação do **AUTOCUIDADO**, que é conceituado como o cuidado que o homem é capaz de prestar a si próprio que é aprendido ao longo do seu processo de desenvolvimento e amadurecimento

(OREM apud CASTANHARO; WOLFF, 2014). Logo as tarefas de cuidados pessoais tais como, fazer uso do vaso sanitário, banhar-se, vestir-se entre outras são consideradas como ocupações de autocuidado (AOTA, 2015).

Salientamos que todos os entrevistados realizavam seu autocuidado de maneira satisfatória, pois, na história ocupacional pregressa ao AVE, não apresentavam nenhum grau de limitação ou dificuldade que implicasse negativamente no desempenho dessas ocupações, tais como são afirmadas pelos sujeitos pesquisados nos trechos a seguir: *“Era...tunava um banho, me arrumava (risadas), não, eu gostava de trabalhar bem arrumado né, bem arrumadinho, trabalhava de gravata né, era tudo arrumado. [QUEM FAZIA O NÓ DA SUA GRAVATA?] Era eu!”* (FEC) e *“Olha minha filha, como era antes eu, eu, eu fazia direito (...) tomava banho sozinha!”* (NTVJ).

Com base na comparação entre antes e depois do AVE, tornam legítimas as modificações nas significações e formas do autocuidado, para evidenciar essa comparação entremos em contato com os seguintes discursos de NTVJ e CSSM respectivamente:

*“Hoje eu, como é isso? Calça descartável, é, pra fazer xixi, é. [usa o dia inteiro?] É! Mas quando molham, elas trocam, no dia elas trocam. As meninas trocam pra mim.”* Esta fala denota a *dependência* que os estudos sobre AVE sugerem (NEVES, 2014), assim como parece demonstrar que há uma regressão daquilo que foi aprendido durante o desenvolvimento conforme afirma OREM (1980 apud CASTANHARO; WOLFF, 2014). NTVJ mostrou-se à vontade durante maior parte da entrevista, no entanto, quando indagada sobre as mudanças no autocuidado, apresenta um leve incômodo quando traz em sua fala o uso da fralda descartável.

*“Me vestir né? As pessoas tem que fazer pra mim. [escovar os dentes? Higiene?] Eu tomo meu banho, eu mesma faço a minha higiene. Mas elas sempre estão por perto, sempre, sabe?”*. Observamos certo grau de dependência em relação a forma com que passou a ser desempenhada tal ocupação, necessitando de supervisão para realização (Baseado na MIF<sup>3</sup>).

---

<sup>3</sup> A Medida de Independência Funcional (MIF) é capaz de medir o desempenho do indivíduo para a realização de tarefas de autocuidado, controle de esfíncter, transferências, locomoção, comunicação e cognição social.

Portanto, considera-se que essa incapacidade funcional culmina em dificuldades de diversas ordens as quais podem ser observadas no ato do desempenho e que foram confirmadas nas falas dos sujeitos e que refletem desafios que deverão ser enfrentados (RODRIGUES et al 2013).

Assim como as dificuldades no desempenho modificam a forma ocupacional do fazer, a adaptação em si, é naturalmente (ou induzida por terapias especializadas) um aparato da nova forma de se fazer. FEC alega: *“ah...hoje em dia eu...esse negócio de tomar banho, de me assear, tudo é eu que faço, tranquilo né?! Eu... só pra um lado, mas eu faço né?!”*.

Comentou ainda: *“a dificuldade é... não mexer com o lado direito né, mas o esquerdo eu faço tudo, só num visto a camisa...essas camisa assim, se for assim eu visto (aponta para a que estava vestido) mas se for apertada eu...num visto não”*. Nestes relatos identificamos as evidências significativas dos efeitos das terapias, no que tange a funcionalidade alcançada com essa nova configuração do modo de fazer (FEC deu entrada no seu programa de reabilitação tão logo quanto teve o AVE) (CRUZ, 2012).

Analisando o discurso de FEC quando indagado se as ocupações influenciam seu cotidiano, respondeu da seguinte maneira: *“Tem. É porque pra mim sair, até pra mim sair só de casa éee difícil, sabe?! (...) porque as vezes eu vou andando e o meu pé prende no chão aí é arriscado eu cair”*. Isso vem corroborar com a premissa de que as ocupações devem ser compreendidas imbrincadas nos cotidianos das pessoas, local esse onde são desenvolvidas, dando sentidos, estruturando e permitindo a identificação do sujeito nesse contexto (ARAÚJO; FOLHA, 2010).

Com efeito, identificamos um significado atribuído por FEC a ocupação na ação de andar (mobilidade), este diz respeito ao medo do fazer em detrimento de experiências de queda relatadas na entrevista: *“Ah porque as vezes, muitas vezes eu tenho medo de cair né, eu já caí quatro vez. Mas aí eu tenho medo de quebrar alguma...um osso do meu corpo né, aí o cara piora.”*

DAVIS (apud SPACKMAN, 2011) assinala o medo como potencial fator debilitante, afirma que este amplifica outras problemáticas tornando a pessoas mais dependente, o medo pode ser como relatou FEC, por medo de cair (falta de extensão protetora de sensação), por perda proprioceptivas, vestibulares, problemas perceptivos ou cognitivos.

CSSM apresenta uma dualidade intimamente atrelada ao significado que a mesma atribui às ocupações no tange ao poder fazer. Nesse sentido, expressa: *“As vezes tem, as vezes não! (...) por que as vezes quando dá pra mim fazer uma coisa, eu fico alegre, satisfeita né?! Quando não dá, já fico triste, por isso que eu digo que as vezes dá, as vezes não”*. Podemos ver que a ação concretizada reflete os conteúdos do significado.

Analisando a maneira como essas ocupações eram realizadas, ou seja, pela forma ocupacional que se configuravam, aqui elencamos características da ocupação de **TRABALHO** que para NTVJ se caracterizava nos serviços de cuidados domésticos em geral e agricultura. NTVJ: *“Trabalhava em casa, fazia o serviço de casa né? Lavava roupa. (...) Lavar louça né? E fazia, fazia o almoço, o café da manhã, varrer casa, arrumar a casa né? Arrumar a cama. Tudo isso eu fazia. E ainda trabalhava na roça (...) A gente capinava, fazia farinha, era eu e meu marido.”*

Da história de vida de FEC, extraímos a ocupação laboral que desenvolvia numa empresa de transporte público, concernente a forma, tal ocupação foi descrita em resumo: *“Eu só chegava em casa na faixa de 3 horas, 3 horas em diante que eu trabalhava de manhã chegava 3 horas, três e pouco, as vezes eu trabalha a tarde, chegava...saía meio dia de casa e chegava meia noite, uma hora da manhã, era assim minha atividade, era puxado. Era no trabalho é, porque eu era cobrador de ônibus né?!”*

CSSM nos apresenta o seu ofício descrevendo um pouco de sua rotina: *“Eu fazia meus salgado, fazia meu salgado, fazia minha comida, fazia minha limpeza da minha casa”*. A partir desse entendimento podemos considerar que CSSM desempenhava duas linhas de trabalho, a que se relaciona com os cuidados do lar e a de manutenção financeira caracterizada pela produção e venda de salgados.

Identificamos nos relatos acima, alguns aspectos da forma, são eles: o número de pessoas que realizavam a ocupação como agricultor (NTVJ e o esposo), os possíveis recursos utilizados (ex: vassoura para varrer a casa, subentendido no relato); o fator tempo na rotina da ocupação e o cargo/função desempenhado por FEC; CSSM (não conseguimos visualizar ao certo algum aspecto da forma).

Um dado de extrema importância que esclarece e ratifica a nossa hipótese de que há mudanças na forma e significado de corpo e das ocupações diz respeito ao fato de que nenhum dos sujeitos da pesquisa exerce atualmente as ocupações de

trabalho que relataram desempenhar antes do acometimento pelo AVE. Vejamos a seguir:

*“Não, no momento eu não faço né? Que eu não tenho condições de andar com esse lado da perna, quem me dera se eu pudesse andar, eu fazia né?!” (NTVJ).* Claramente não desempenha mais nenhuma tarefa do cuidado com o lar, isso implica na quebra da rotina que culmina em perdas ocupacionais.

*“Ajuda dos outros, pra cortar um tempero, pra carregar uma água, uma panela pra mim. Tudo tem alguém, tem que carregar pra mim” (CSSM).* Este excerto claramente evidencia as modificações na forma ocupacional do preparo dos salgados de CSSM.

*“Ah eu bato açaí lá em casa, bato, continuo, de todo jeito eu bato, se a pessoa quiser grosso, fino, é, tem de todo jeito...” (FEC).* Esse, em particular desempenha a ocupação de bater açaí (que já fazia antes do AVE), porém ressalta-se que o significado dessa ocupação já não é o mesmo, mudou, assim como modificou a forma ocupacional com que realiza, devido limitações, necessita de auxílio da esposa em quase todas as etapas desse fazer.

É viável ressaltar que em alguns momentos da entrevista FEC traz uma característica de reafirmação muito grande, quando se reportava a sua companheira (presente na sala), a fim de confirmar aquilo que ele respondia.

Da análise dos dados acima percebemos, portanto que o acontecimento de um determinado evento (nesse caso o acometimento pelo AVE) pode alterar o significado da ocupação e conseqüentemente poderá repercutir em modificações na forma com que essa ocupação é realizada (ARAÚJO; OLIVEIRA; JARAMILLIO, 2014).

Em contrapartida com a obrigatoriedade característica das ocupações de trabalho, destacamos o caráter “supérfluo/ prescindível” das ocupações de **LAZER**. Sendo o lazer conceituado como o conjunto dos fazeres que se constitua como realizações pessoais, devido à relação que há com os interesses individuais, ou seja, que dependem de escolhas pessoais (MARTINELLI, 2011).

Conforme a definição acima, identificamos esse caráter motivacional prescindível nos relatos sobre o lazer. Para FEC, o lazer concretizava-se em ser espectador de jogos de futebol: *“Gostava de ir pro campo né?! Ver o jogo, assistir o*

*jogo, era difícil eu perder um jogo, né?!*” Além do apreço que tinha por viajar quando era possível: *“Eu ia ‘pa’ fortaleza, passava 10 15 dias lá, né?!”*.

Já NTVJ dispunha de afeto e motivação em expressar sua espiritualidade no desempenho de seu papel como religiosa, conforme é possível observar no relato a seguir: *“Às vezes a gente ia, às vezes a gente ia pra igreja dia de domingo”*. O caráter não obrigatório expresso na locução adverbial *“Às vezes”* denota tanto aspectos da forma (como o tempo esporádico da realização da ocupação) quanto do significado que não deixa de ser importante apesar de não ser obrigatório.

Por outro lado os conceitos de lazer para CSSM perpassavam pelas experiências que a mesma costumava ter ao compartilhar essas ocupações com familiares na realização de passeios: *“Eu saía, eu passeava (...) Eu passeava muito em Cotijuba. Ia pra casa do meu irmão”* (CSSM). Essa perspectiva de lazer é muito pertinente ao senso comum que o compreende de forma compensatória e funcionalista, geralmente relacionado ao divertimento e descanso (ANAIS DO ENCONTRO NACIONAL DE RECREAÇÃO E LAZER, 2015).

Concernente as ocupações de lazer todos os participantes desta pesquisa referiram realizar pelo menos uma dessas ocupações, dentre elas: passear, viajar, frequentar instituição religiosa. Em contrapartida, é possível verificar que houve modificações no ato de realizar o lazer ou até de deixar de realizar, seja enquanto frequência, qualidade, forma entre outros aspectos.

Dentre os participantes, uma deixou completamente de realizar ocupações de lazer, afirma CSSM: *“Lazer acabou!”*. É necessário pontuar houve a contribuição de sua acompanhante no momento da entrevista ao relatar que a mãe não sente vontade de fazer nada, só de ficar em casa.

Diferente de CSSM, os demais entrevistados relatam que ainda realizam ocupações de lazer, porém de forma modificada e com frequência diminuída, sendo assim a ocorrência desse tipo de ocupação ainda mais esporádica, como ilustram os relatos: *“Eu gosto de ver televisão, ler jornal, né? Eu gosto de fazer isso [Isso é lazer pra senhora?] É, pra mim é, né?! Nessa situação que eu tô né?! [E passear a senhora ainda passeia?] Passeio, mas só se for de carro, mas assim, a pé nunca vou filha.”* (NTVJ).

*“Ah o lazer... às vezes a gente tira uns dia pra tirar o lazer, mas é de ano a ano, né?! (...) Pro campo eu ‘num’ fui porque é correria lá e eu ‘num’... não aguento, esse pique de campo não dá não. Mas... pra praia eu tenho medo*

*de me afogar na água né, porque eu fui em Fortaleza quase eu morri afogado lá” (FEC).*

Compreendemos que o prejuízo no lazer desses indivíduos deve-se aos danos motores, psicológicos, sociais e ocupacionais ocasionados pelo AVE que repercuti negativamente na vida do sujeito, haja vista que tais ocupações propiciam o desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos e permitem o restabelecimento físico e emocional decorrentes do desgaste acarretado pelas obrigações da vida cotidiana (BATISTA et. al, 2012).

Simbolicamente, a deficiência assume a representação da maneira como o sujeito vai se reconstruindo no mundo a partir dessa experiência que afeta o seu corpo (RODRIGUES, 2009). Essa representação vai dizer se esse novo papel será assumido ou rejeitado (BACKTIN, 1992 apud ALVES, 2005). Diante disso, abre-se uma zona de conflito existencial, do ser e reconhecer-se nessa nova configuração de corpo, mudam os significados e as formas de envolvimento na vida ocupacional.

Desse modo, refletimos sobre o deixar de fazer (envolver, participar, afetar, ser) que pode ser ocasionado pela rejeição desse novo corpo através de suas novas significações. A privação ocupacional<sup>4</sup> pode ser experimentada por esses sujeitos tal como refere CSSM: *“Eu não gosto mais de sair, não gosto que as pessoas me vejam assim”*, podemos considerar que privar-se das relações com o mundo é uma forma de fugir da realidade que se apresenta no enfrentamento com os juízos alheios.

Em detrimento desse antes e depois do AVE, divisor de águas na percepção do “eu” de cada sujeito, observamos as diferentes percepções que se apresentam, facilmente identificamos mudanças na autopercepção (o eu-para-mim), estas influenciando fortemente nos domínios ocupacionais, discutimos o diferente fazer, o não fazer, o fazer com outro significado, ou seja, percebemos o potencial que as ocupações tem na identidade ocupacional de cada sujeito e na construção dos seus ‘eus” (ALVES, 2005; LILLO, 2003).

É importante salientar que em todas as ocupações foram observadas alterações na forma de desempenho, principalmente quando direcionamos nossa atenção a determinadas categorias, tais como: **relações** (com quem a ocupação era

---

<sup>4</sup> implica na influência de uma entidade ou circunstancia que impede uma pessoa de adquirir, usar ou desfrutar de algo. (MIRALES; AGUDO, 2012)

realizada), **lugar** (onde a ocupação acontecia), o **tempo** (momento/período em que ela acontecia). Então, os discursos dos sujeitos evidencia as alterações na forma ocupacional e que essas alterações perpassam por essas dimensões do autocuidado, trabalho e lazer e refletem nas mudanças dos discursos sobre o próprio sentido das ocupações.

## **6.5 SIGNIFICAÇÕES: O CORPO E SUAS NUANCES**

### **6.5.1 Ontologia do corpo: as contribuições do FAZER**

Quando indagamos os nossos pesquisados sobre qual o significado do corpo nos deparamos com a unânime presença da noção do fazer nesse imaginário de corpo antes e pós AVE. Para discutir essa categoria foi necessário nos aprofundar e mergulhar em fontes de base filosóficas. Imersas na perspectiva ontológica e fenomenológica Heideggeriana (1960 apud ZUBEN, 2011) buscamos analisar as contribuições do fazer na construção da significação existencial do ser corpo.

Pensando sobre como construímos nosso corpo e que formatos eles tem para nós em cada estação da nossa existência, desperta em nós a curiosidade e interesse em saber quais as relações que o corpo tem com o fazer, haja vista que logo quando pensamos em corpo, pensamos no que somos capazes de fazer. Espinoza (1965 apud ALMEIDA, 2004) já nos instigava a refletir sobre o que pode o corpo, identificamos no contato com os sujeitos que esse potencial do corpo tem íntima relação com o poder fazer.

À medida que nos apresentamos pelo que fazemos, identificamo-nos e somos reconhecidos pelo nosso fazer, as ações de nossos corpos criam em nós os nossos processos de existência. Nessa ótica podemos ver nos discursos dos sujeitos a real relação que o corpo tem com o fazer. Conforme narrou FEC *“Antes o meu, meu significado era 100% (...) pelo o que eu fazia né”*, podemos atribuir significado ao corpo através do fazer. Para Almeida (2011), todo fazer constitui certo modo de agir e organizar o corpo.

Com base nisto, esse fazer que constitui a existência do ser é executado a partir de uma “maneira” singular pelos mais diversos corpos, corpos estes que trazem consigo inúmeros significados, a partir das experiências vividas e das

relações que são estabelecidas no próprio ato fazedor. Nesta concepção, Almeida (2011) relata que o corpo fazedor é constantemente avaliado, comparando a sua eficácia ao executar um fazer. Por exemplo, se eu não consigo realizar uma determinada atividade, não me sinto eficiente, logo me sinto incapaz.

NTVJ ratifica nossa hipótese quando menciona: “*É, mudou porque eu não posso fazer né?!*”. Com nitidez percebemos a modificação no significado do corpo que antes era fazedor e hoje não se considera mais como tal. Rodrigues et. al (2013) vem colaborar com essa perspectiva quando afirma que há mudanças de diversas ordens, sejam elas nas habilidades funcionais, na imagem corporal, nas rotinas, nos relacionamentos pessoais, na integração comunitária. No nosso entendimento todas essas mudanças têm alguma relação com os corpos e seus fazeres.

Esse conceito do corpo fazedor se aplica melhor quando buscamos compreender o significado do fazer, esse está relacionado a conteúdos da subjetividade e essa por sua vez é fruto dos embates que a vida proporciona, nos encontros, naquilo que produz afeto e que constrói a existência, isso enquanto processo (LIBERMAN, 1998). Vemos esse conceito nos discursos a seguir: “*Antes o meu, meu significado era 100% (...) pelo o que eu fazia né. Agora talvez eu ‘teja’ uns 50%, (...) agora a maioria eu não faço né, a maioria das coisas que eu fazia agora eu não faço*” (FEC).

*Antes significava **tudo** pra mim. Agora não significa **nada**, que eu não posso fazer nada. Tudo tem que ser por através de ajuda e eu não gosto! Gosto de fazer sozinha “minhas coisa”, e hoje em dia não posso fazer nada (CSSM).*

O fazer em determinada ação tem singularidades que podem ser perdidas após o AVE. Tomemos como exemplo o fazer dos nossos entrevistados: para realizar ocupações comuns relacionadas ao autocuidado, lazer e trabalho acabam se deparando com um grau de dificuldade que não havia antes do AVE, podendo impossibilitar ou minimizar a capacidade relacionada ao fazer.

## 6.5.2 Significados do corpo antes do AVE

### 6.5.2.1 Corpo: o lugar do sintoma

O corpo aparece como o lugar dos sintomas. Atribuído quase que instantaneamente a algum sinal indicativo do que estava por vir, o corpo foi referido pela maioria dos entrevistados, em suma como o lugar que sente, para um dos entrevistados podemos até classificar como o lugar da “dor de cabeça”. Observamos isso quando FEC relata: *“Eu sentia bastante dor de cabeça... antes, eu tinha muita dor de cabeça... tinha muita dor de cabeça, dor na nuca”*. Ainda vemos certa influência no discurso de NTVJ que relata: *“Sentia dor de cabeça também, um pouco, dor de cabeça”*.

A literatura corrobora com os sujeitos quando aponta que a dor de cabeça intensa e sem causa conhecida, apresenta-se como um dos sinais frequentes da iminência do AVE, este sintoma pode ter duração superior ou igual a 24 horas (BRASIL, 2013). A presença da “dor de cabeça” no discurso é indicativa do corpo que estava *adoecendo*.

Percebe-se que o discurso é influenciado pelo acontecimento do AVE, o que nos faz refletir sobre como as intercorrências e fragmentos da nossa história de vida constituem o nosso discurso e conseqüentemente refletem a forma a qual nos identificamos, nesse caso, a forma do corpo para o sujeito que fala, certamente não é a mesma se ele não tivesse sofrido o acidente.

Apesar da visão de corpo como o lugar do sintoma ser algo que queremos superar, não se pode negar que está presente no entendimento dos sujeitos devido à experiência vivida. Salientamos que as formas tradicionais pelas quais se via o corpo.

### 6.5.2.2 O corpo perfeito, ativo e sadio.

De acordo com o dicionário Aurélio, a palavra **perfeito** significa aquilo que **não tem defeito**, algo **completo, primoroso**. No mesmo dicionário encontramos o significado da palavra **ativo** como **que exerce ação** e também o adjetivo **sadio** que significa aquele **que goza de boa saúde**. Percebemos que essa categoria surgiu do

imaginário ideal de corpo que se tem no senso comum que gira em torno dos adjetivos enunciados nesta categoria presente na fala de todos os entrevistados.

Nota-se que o adjetivo “perfeito” é pano de fundo da falação de um dos entrevistados quando indagado acerca de como era o seu corpo antes do AVE. CSSM diz: “*Era tudo bom, tudo perfeito, mexia meu braço, minha perna...*”. Essa ideia de perfeição está relacionada aos movimentos que seu corpo era capaz de executar, sobretudo na realização das tarefas cotidianas, com ênfase no preparo dos salgadinhos. Para ela, seu corpo era perfeito porque era um corpo-sonhador, ou seja, era o corpo constituído da ação e nesse processo o produto final era o prazer que o fazer a possibilitava. Para Almeida o corpo-sonhador é:

O corpo-potencia, corpo-efeito, corpo-ação que ativa a intensidade de nossa existência naquele momento em que realizamos determinado fazer. É o corpo sonhador que faz com que na vida ocorram momentos de relevo, de prazer (2011, p.199).

Era o corpo “sem defeito” que a possibilitava o movimento, este, gerido pelo cérebro que dentre as funções protagoniza o controle de todas as atividades corporais, é dele que partem os comandos para execução da ação mais que cinesiológica, ação que dá vida ao corpo possibilitando-o interagir a todo tempo com pessoas e ambientes, favorecendo um processo contínuo de transformação no decorrer da vida por meio das experiências (SANTOS, 2002).

O corpo é quem registra as experiências psicológicas, emocionais e físicas, manifesta suas sensações, emoções, por intermédio de movimentos e da linguagem verbal ou não verbal. A partir do corpo e do nosso contato com o mundo, estruturamos e reestruturamos nossa percepção e nossa interpretação do mundo e agimos nele, transformando-o ao mesmo tempo em que transformamos a nós mesmos, pois segundo Guertzenstein (2004. p.61): “vivemos em nosso corpo e por meio do nosso corpo”.

Podemos inferir dos fragmentos das falas que esse corpo perde as características do perfeito, é possível sentir o apelo emocional que se tinha com a forma do corpo anterior ao AVE, quando ela diz que “...*era tudo bom*”. Nisto percebemos que a concepção de corpo relatado era o que não lhe faltava nada, a sensação de ser completo se fazia presente.

Identificamos no “mexer dos membros” o aspecto vivo e potencial que o mover-se representa, os gestos dotados de identidade, de imaginário e imagem

daquele corpo “perfeito” apresentam a forma ocupacional de corpo a qual o sujeito se encontra ou encontrava. As ideologias de corpo constantemente pensam numa classificação de corpo e de seus gestos, sendo esta classificação aquilo que é natureza do corpo, ideia esta que traz para o corpo uma maneira original de se movimentar, sentir e respirar (ALMEIDA, 2011).

A noção de ativo é bem marcante na fala de FEC ao relatar que: *“Ah era uma pessoa ativo, né? (...) eu era bem ativo mermo...andava de um lado pra outro, comigo não tinha negócio de moleza no corpo não”*. NTVJ também traz no seu relato aspectos fortes do ser ativo: *“Trabalhava em casa, fazia o serviço de casa né? Lavava roupa. (...) Lavar louça né? E fazia, fazia o almoço, o café da manhã, varrer casa, arrumar a casa né? Arrumar a cama. Tudo isso eu fazia. E ainda trabalhava na roça”*. Vislumbramos nestas transcrições o corpo como efeito e sujeito da ação, era ele que exercia as muitas ações em determinado tempo e espaço (ALMEIDA, 2004).

Aqui o ser ativo traz para além da motricidade humana, a dinâmica do ser e fazer em constante envolvimento com o meio, com os contextos e situações da vida vivida. Ativo é quem faz. Quem pode agir. Quem usa toda sua estrutura de corpo para *“andar de um lado para outro”*, por exemplo, destacamos aqui a ação. Assim, o homem e seu movimento coexistem no corpo. Portanto a intencionalidade da ação do sujeito em relação ao mundo é uma tentativa de definir e organizar o mundo com base em sua corporalidade (FERREIRA 2008).

O ser e sentir-se ativo, na perspectiva acima, se configura pelo fazer e apresenta-nos ainda a noção de saúde, de corpo saudável, ou seja, aquele corpo que faz. Mas não é o fazer puro e simples, aqui nos interessa o como, este atribuído a *téchnê*, que em grego, quer dizer “a arte”, “habilidade”, mas, sobretudo, “maneira ou habilidade especial de se executar ou fazer algo” (CUNHA, 1986 apud. ALMEIDA, 2011).

Todo fazer pode possibilitar um ato artístico na vida do sujeito que o fez (ALMEIDA, 2004). Diante disso nos aproximamos dos conceitos elaborados nas teorias da arte, um deles versa sobre a forma, que pode ser entendida como:

Um termo genérico para o grupo materialização fletida de ideia, modo operativo e configuração morfológica, ou seja, para a concretização de uma coisa imaginada-ou da ideia em si-, da maneira como se faz e o seu resultado físico” (MARTINS, 2010. p. 13).

Portanto, compreendemos que o corpo ativo funciona como um motor novo e com seus 100% de aproveitamento não pode parar ou diminuir essa potência. Ter menor aproveitamento, perder uma ou outra peça de sua engrenagem, implica no funcionamento parcial do motor. No corpo sujeito não há espaço para “moleza”, o motor tem que funcionar em sua totalidade de aproveitamento, tem que desenvolver aquilo que é propósito, ou seja, agir. O Corpo ativo mencionado por FEC é um instrumento das relações com o mundo e tem a função de estar em ação (ALMEIDA, 2004).

Visualizamos o conceito de sadio implícito nos relatos de NTVJ: *“Era sadio, eu andava né?!”* e *“Era meu corpo eu sentia mais forte, agora eu “tô” mais magra, era mais forte, meu corpo era forte”*. A força denotada por NTVJ é associado a quem tem saúde. Neste sentido, forte é quem está gozando de saúde e vigor. Ratificamos essa dimensão do corpo sadio de acordo com o conceito de saúde apresentado por Junior (2004), que diz estar relacionada ao estado de capacidade, energia, disposição e vigor físico ou mental, saúde refere-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos.

Os aspectos da forma de corpo mencionado por NTVJ podem ser analisadas segundo a capacidade que o homem tem de simbolizar seu próprio corpo, interiorizando assim a sua imagem além de dispor do entendimento do seu corpo e de partes dele. Percebemos que o corpo forte, diz respeito a maneira como ela se sentia, não era apenas a anatomia que esse corpo tinha, era algo que ia além de suas características físicas, sua estrutura muscular ou óssea, continha também seus afetos, era essa sua imagem corporal (ALMEIDA, 2004).

O que acabamos de discutir é perfeitamente explicado pelo padrão de corpo sadio que fora estabelecido na perspectiva de constituir um corpo universal, estruturado; considerado pelo imaginário dos séculos XVIII e XIX como a imagem e semelhança de Deus, ou seja, perfeito, normal, forte e produtivo (ALMEIDA, 2004). Como tudo o que se pensa tem suas origens na história, a forma de corpo também sofre influência dessas raízes dos pensamentos, sendo essas características de corpo saudável atribuídas pelos nossos entrevistados.

### 6.5.3 Significados do Corpo Depois do AVE

#### 6.5.3.1 O corpo modificado

Há sempre um novo corpo surgindo, pensamos que a cada estado de nossa existência pelo menos alguma coisa muda em nós mesmos, lembremo-nos das nossas próprias vivências, nossos próprios corpos, nossas próprias histórias de vida. Quantas vezes nos sentimos modificados em algo? Quantas vezes percebemos a mudança? Alterar. Mudar. Transformar. MODIFICAR e ser MODIFICADO. Faz parte de nós, está inscrito na nossa existência.

Nessa perspectiva de mudar, observamos que os sujeitos da pesquisa sentem-se modificados, em alguma dimensão do seu corpo. NTVJ, por exemplo, expressa a mudança que percebeu na estrutura física do seu corpo quando diz: *“Eu “tô” magra né?! Sinto que eu “tô” magra. Olha! Meu rosto não era assim, meu rosto era bem cheinho”*. A alteração da percepção da “estética” de seu corpo não é mera imaginação, relaciona-se com a forma como se estrutura na mente a relação do mundo com o próprio corpo. Para Ferreira (2008) a imagem do corpo é impressa no inconsciente de acordo com as contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas, psicológicas e sociológicas.

Sentir-se mais magra, sentir-se mais fraca, sentir-se menos do que se sentia antes. Percebemos que há uma alteração na maneira como o indivíduo se sente. Análogo ao corpo adolescente que no instante anterior sentia-se criança e como que num piscar de olhos, sente-se modificado, incomodado, diferente, certamente é um novo corpo e como tal, um novo sujeito no mundo (ALMEIDA, 2004). Não satisfeitas, as alterações em conjunto com as dinâmicas de vida, deixam marcas que retornam em algum momento (LIBERMAN, 1998). Elas vêm à tona em uma memória, numa imaginação, numa recordação, em um relato como esse.

O *“eu não era assim”* denota a mudança da qual estamos falando, é possível perceber um pouco do afeto que se tinha com o corpo anterior, ao mesmo tempo em que nos instiga a tentar imaginar o que mais a faz sentir assim além do que é visível?

### 6.5.3.2 O Corpo Imperfeito

As alterações corporais assim como a deficiência física eram vistas como algo estranho, diferente e em um dado momento da história, foram motivos para banir da face da terra esses corpos diferentes, em Esparta o infanticídio baseado nos princípios da eugenia era uma prática comum da sociedade Grega da época. Já no século XVIII, influenciada fortemente pelo Cristianismo, a deficiência era considerada como castigo ou indulgência divina devido às práticas de algum familiar que fossem consideradas pecaminosas (JUNIOR, 2014; GASCÓN et al 2013).

O advento do século XX moldou o padrão de corpo com a perfeição física e esse novo padrão do belo imputava nos corpos a exigência de ser aceito pela sociedade (CASSIMIRO; GALDINO; SÁ, 2012). A imperfeição era sentença de exclusão e **quem tem defeitos**, trata-se do significado descrito pelos dicionários para o termo **imperfeito**. Com todo esse “peso”, desperta a sensação da falta, do incompleto e suscita em nós no mínimo um desconforto. Para outros, o desconforto e a sutileza com que este termo foi empregado neste parágrafo, cede lugar para um emaranhado de sentimentos outros, de sensações que extrapolam um simples desconforto.

Nesse sentido, os defeitos podem ser elencados e nomeados de forma particular como também de maneira coletiva. A deficiência, por exemplo, há muito foi entendida como defeito característico de alguma patologia, trauma e etc. Muitos termos pejorativos foram surgindo como sinônimos absurdos para essa ou aquela deficiência. Por exemplo, de acordo com o dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999), a palavra deficiência, significa falta, falha, carência, imperfeição, defeito. Por outro lado, a deficiência representa tudo “aquilo que foge ao inesperado, ao simétrico, ao belo, ao eficiente, ao perfeito...” (AMARAL, 1995, p. 112).

Essa noção de imperfeição atribuída a uma deficiência está explícita na fala de CSSM: “*Mas antes ter morrido do que ficar assim: **Aleijada!***”. O sentimento de revolta aparece devido a sensação de perda e do inconsciente conceito de perfeito provém o medo e a vergonha do “ser imperfeito”. Reportando-nos a Veruskys (1989) podemos considerar o tempo de até dois anos para o reajuste e reação de uma pessoa a uma imagem defeituosa, salientamos que o sujeito autor dessa resposta supracitada se encontrava com tempo de sequela motora em consonância com o

referencial pontuado. Esse período de adaptação das perdas pode ser entendido como situação de luto.

Ancoradas numa perspectiva psicanalítica, pontuamos que a presença do desejo depressivo de estar morta nos revela um processo de luto pela perda do objeto de amor, o corpo (CAPITÃO, 2004), definido explicitamente por CSSM no excerto citado acima. É como se, apesar de estar viva, sentisse morta.

É possível compreender a representação corporal que os entrevistados tem de si mesmos a medida que pensamos o corpo como a representação do self, simbolizando de forma mítica a história vivenciada, como nos diz Keleman (apud RODRIGUES, 2009). Arriscamos interpretar essa não aceitação e a concepção de corpo imperfeito como fruto do choque entre as imagens do corpo antes e depois do AVE.

Em geral, as sequelas do AVE fazem emergir nos sujeitos sentimentos de raiva pelo acontecido, surgem indagações interiores como o “por que eu?” “por que comigo?”. Além do sentimento de incapacidade, dependência, traz os sentimentos de desvalia, fracasso, frustração, tristeza e desesperança também aparecem não só pela limitação que a doença provoca, bem como pela dificuldade de se reconhecer neste corpo agora “imperfeito”, “deficiente”.

Dos muitos sentimentos gerados no corpo e expressos na linguagem, no discurso, destaca-se a **raiva** que está associada ao momento em que não se pode mais negar a existência do fato, isso pode/geralmente ocorrer ainda na fase de Hospitalização (ANDRADE, 2008). Com base nisto, CSSM refere esse sentimento de raiva pelo fato de não poder movimentar o membro superior esquerdo de maneira voluntária: *“Me dá raiva, querer mexer (...) agente só consegue ter raiva, raiva, raiva, raiva. Raiva, tristeza, é tudo!”*. E não é apenas nas palavras ditas que esse sentimento se manifesta, ele se apresenta na expressão e é conteúdo implícito e explícito na grande maioria de suas respostas, de suas expressões faciais, gestuais.

Com efeito, é possível Identificar uma das fases do luto no relato de CSSM, denominada de “o estágio da raiva”, que segundo Kübler-Ross (1996) é nessa fase que a pessoa expressa raiva por aquilo que está ocorrendo, geralmente as emoções são projetadas no ambiente externo, os relacionamentos se tornam problemáticos e todo o ambiente é hostilizado. Junto com a raiva, também surgem sentimento de revolta, inveja e ressentimento.

### 6.5.3.3 O Corpo Inerte

Imaginemos os bailarinos, a dança, a coreografia, os passos e toda sua engenhoca que encantam os olhos de quem veem. Imaginemos agora o homem, o andar, o sentar e o saltar. Imaginou? Perceberam o quanto somos fascinados pela arte de mover-se? A gestualidade que reside no corpo nos atrai, seja quando muito elaborada na dança de um corpo de ballet (quando é mais percebida) seja na paradoxal simplicidade extravagante dos movimentos nossos de cada dia (quando nem se quer temos consciência da complexidade que é para mantê-los no corpo e do corpo).

Imaginemos muitas cordas envoltas sobre nós, atando-nos os pés, pernas e braços. O que fizeram com o nosso corpo? O tornaram inertes. Não apenas por lhe tirarem os movimentos, mas por limitarem seu envolvimento corporal com o mundo. Essa inquietude gerada pela imobilidade do corpo é fruto da necessidade de existência pelo corpo, tanto natural quanto artificial, ou seja, dizem respeito àquilo que é original como o movimentar, sentir e respirar e aquilo que é criação (ALMEIDA, 2011).

Entendemos que o corpo natural parte então dos componentes anatômicos, tais como os órgãos, membros e componentes. Desse modo, associamos então ao que conhecemos como estruturas do corpo que se relacionam ao movimento do mesmo (WHO, 2001; AOTA, 2015). Uma vez que as estruturas do corpo se modificam, modificam-se também suas funções, pois estão intimamente relacionadas. Queremos com isto dizer que o corpo inerte é oriundo das alterações das estruturas e funções do corpo e conseqüentemente alteração da forma corporal.

Na perspectiva dos ideais de corpo natural, enxergamos um sentimento de perda da natureza do corpo, ou pelo menos de parte dele. Visualizado como essência do discurso de NTVJ: “(...) *movimentava, agora não! Caminhava era muito filha, agora não, não posso nem levantar pra ir no banheiro*”. Essa perda de movimento trata-se de uma das manifestações mais comuns do AVE, denominada de hemiplegia, é caracterizada por paralisia completa de um hemicorpo (WOODSON, 2005). A naturalidade do corpo é tocada, agredida, é quando a sensação de perda se instala num fragmento da dimensão temporal. Movimento... Não movimento.

### 6.5.3.4 O Corpo e a Dor

O corpo fala e expressa o que se passa com a pessoa (LIBERMAN, 1998). Isso se exprime uma verdade quando nos deparamos com o fenômeno do “corpo dor” revelado nas narrativas sobre o corpo, vejamos: *“Eu sinto tudo, dói tudo o corpo. Dói meu braço, dói a perna. Dói o tronco aqui”* (NTVJ). Ao ser indagada, CSSM responde: *“[o que a senhora sente?] Muita dor!”*. CSSM traz em sua fala um conteúdo emocional muito forte ao relatar sobre o seu corpo depois do AVE. O Choro caracteriza o momento auge dessa expressão corpórea.

A personificação “o corpo fala” é perspicaz e perfeitamente aceitável para nossa discussão, não podemos negar a existência de uma linguagem corporal que constitui esta expressão. Diversas áreas do saber aproximam-se deste debate a fim de contribuir para o entendimento do que é o corpo.

Há sim uma forma de comunicação e expressão que só o corpo é capaz de produzir. Tomemos a dor como exemplo basal do potencial que o corpo tem para “falar”. Envolvendo as estruturas do corpo, a dor pode ser definida como:

Uma experiência subjetiva que pode estar associada a dano real ou potencial nos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos desses danos quanto por ambas as características. Independente da aceitação dessa definição, a dor é considerada como uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal. A percepção de dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais (SOUSA, 2002. p. 446).

Desse modo, entendemos a dor como uma resposta corpórea que manifesta a comunicação do corpo, tal como os gestos, as anatomias, as expressões corporais. “O corpo fala mesmo quando quer se esconder, ele não mente” (VENÂNCIO apud ALMEIDA, 2004. p. VIII).

Mesmo sem termos ao certo, com exatidão, a origem da dor nesses sujeitos, podemos inquirir e conjecturar algumas possibilidades, gerar algumas hipóteses sobre o entendimento “diagnóstico” da procedência da dor, são elas:

1. Dor no seu sentido mais literal
2. Dor psicoemocional
3. Dor do luto

O item 1 diz respeito a dor fisiológica que é resultado de uma cadeia de três neurônios, sendo eles os de 1º, 2º e 3º ordem, respectivamente os neurônios da periferia que se projetam para a medula espinhal, os que ascendem à medula e os que se projetam-se para o córtex cerebral, numa linguagem simplificada o estímulo da dor é recebido, decodificado e transformado em impulso elétrico que são levados ao córtex cerebral onde serão processados, interpretados e retornarão a periferia com a resposta dolorosa (TRANQUILLI, 2004; KLAUMANN et al, 2008)

Em alusão ao 2º e 3º item é possível verificar que seus conceitos são muito próximos, a dor do luto está intimamente ligada a dor psicoemocional. Amaral (1995) confirma isso, ao dizer que o processo pelo qual é vivenciado a deficiência, seja congênita ou adquirida (neste caso o AVE é adquirido), a questão do luto é presente, pois a sensação psíquica da pessoa e da família é de morte mesmo, morte do desejado e do idealizado, e para que seja possível aceitar a realidade, é preciso viver o processo de luto daquilo que foi perdido. Aí fica claro que o fator psicoemocional anda lado a lado do sentimento de luto. Para ele haverá sofrimento psicológico em maior ou menor intensidade que se traduz na dor em momentos que expressarão significados, por conta das experiências.

Nessa busca investigativa temos um fundamental aliado que nos dá pistas e alguns direcionamentos por meio de suas expressões e o que nele se produz em termos de sinais expressivos, nosso aliado é o corpo. Este é conceituado por Fux como o instrumento da linguagem (FUX, 1993 apud LIBERMAN, 1998).

A dor suscita sentimentos difíceis como angústia, apreensão e susto. Esses sentimentos são expressos de maneira diferentes por cada um dos participantes e isso tem a ver com as diferentes histórias de vida e personalidades de cada um, cada um tratou essa questão de uma forma diferenciada.

#### **6.5.3.5 Corpo Inútil x Corpo Potencial: a faceta espiritual**

Pode-se afirmar que o AVE é uma doença crônica que causa incapacidade, deficiências e desvantagens (PERLINI; FARO, 2005). E diante disso o corpo que se depara com a deficiência, inevitavelmente pode em algum momento sentir na pele a inutilidade ou ser apontado como sem utilidade. De tal modo, como já fora discutido

com base nas raízes históricas, o sentimento de invalidez foi recorrente nos discursos.

Queixosa de raiva, CSSM exclama: *“Tá paralisado tudo!”* apesar de ser hemiplégica, expressa hiperbolicamente a paralisia total do corpo tomada do sentimento de revolta. Rodrigues (2009) pontua que a revolta é baseada na indignação e conformidade com o fato ocorrido em detrimento da deficiência.

O sentir-se inútil é um discurso recorrente nas pessoas que tem alguma seqüela motora, alguma deficiência e conseqüentemente algum grau de incapacidade. No entanto o que queremos provocar diz respeito ao conflito que reside na mente de quem conhece e identifica suas limitações, mas as “oprime” devido ao sentimento de gratidão a Deus (expressão de sua espiritualidade) por ainda ter vida. O conflito mencionado acima é denotado nas frases de FEC: *“Não vou dizer que me sinto inutilizado porque... (...) mas graças a Deus eu tô vivo, né?! O importante que a gente tem que tá é vivo né?!”*.

A expressão da sua espiritualidade foi entendida por nós como um pilar que sustenta a pulsão de vida, o desejo de vida apesar do acontecido. Inquerimos do discurso de FEC que ser útil não significa necessariamente estar vivo, assim como ser inútil não significa necessariamente estar morto, pois a espiritualidade garante o potencial de vida uma vez que expressa o significado e o propósito e a forma como o ser humano experimenta sua conexão com o momento vivido (BILLOCK, 2011).

Por fim, é importante destacar que os significados de corpo e ocupação discutidos nas subseções acima se entrelaçam nas falas dos sujeitos, e exprimem as modificações existentes por conta das marcas que o AVE deixou na história de vida dos mesmos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do entrelaçamento de vários discursos, como o discurso médico, o terapêutico, o do corpo, o ocupacional, os nossos enquanto autoras, foi possível construir uma maneira de pensar que nos levou a caminhar e novamente a pensar, vislumbrando as sombras do que agora podemos dizer ser uma epistemologia de corpo que nasceu exatamente do que nos motivou, o afeto, sim o afeto pelos temas que nos mostraram uma leitura complexa e muito verdadeira da tríade corpo-ocupação-AVE.

A relação existente entre o corpo e as ocupações é tão verdadeira que por vezes os discursos dos sujeitos se entrelaçam e acabam por completar-se mutuamente, em muitos momentos quando indagamos aos participantes que falassem sobre seu corpo, as respostas continham nos seus enunciados a essência ocupacional do homem. Manuseando os discursos, nós mesmas enquanto autoras perguntávamos “o que é significado de corpo?” “isso é forma?” “onde estão as respostas sobre o significado das ocupações?”, foi quando atentamos para o entrelaçamento presente na relação corpo-ocupação.

Nesse envolvimento de conceitos e achados, percebemos que os temas dialogavam a todo instante, presenciávamos afinidades que a todo o momento reportavam há existência de uma relação legítima entre o corpo e as ocupações haja vista que até mesmo quando se pensava estar falando de corpo, estava sendo introduzidos significados para as ações humanas que neste trabalho estão para além da técnica, remetem a existência, aos afetos e significados que a ocupação pode produzir.

Salientamos que tanto a forma quanto os significados do corpo e das ocupações sofreram alterações em decorrência do AVE. Ao finalizar essa pesquisa verificamos que foi possível alcançar o objetivo que foi compreender a forma e o significado de corpo e ocupação presente nos discursos dos sujeitos, haja vista que tanto os enunciados, quanto os conteúdos presumidos nos revelaram os aspectos que nos propomos a compreender.

Destacamos que esta pesquisa trouxe benefícios à comunidade científica contribuindo com esta produção com vistas a ampliar a fundamentação sobre as

temáticas desta pesquisa dentro do campo da Terapia Ocupacional fomentando discussões e contribuindo para o debate acerca do tema.

Além disso, esta pesquisa contribui para a autopercepção dos sujeitos a partir das entrevistas, favorecendo o seu entendimento sobre a importância do corpo ao realizar suas ocupações, com efeito, suscitamos este corpo fazedor, convidamos os sujeitos a refletir sobre os potenciais dos seus corpos. Para nós, foi de grande valia o desenvolver desta pesquisa, haja vista que nos possibilitou produzir conhecimento e desenvolver nosso ser pesquisador.

Por outro lado é possível identificar este trabalho que a importância da Terapia Ocupacional e seu objeto não precisa se dá apenas na ansiosa tentativa de comprovar sua eficácia, pode se dá nos detalhes de sua composição, sutilmente reveladora através de suas nuances.

Esta pesquisa é relevante, pois como já mostrou o estado da arte à relação proposta neste trabalho não foi encontrada nas publicações pesquisadas e este achado, enaltece a nossa forma de pensar, pontuada aqui como uma epistemologia de corpo, sendo o corpo aqui revelado como CORPO OCUPACIONAL. Por isso, nesta construção o corpo mostrou-se como instrumento e “lugar” da ocupação.

Foi afetuoso descobrir que o método escolhido para analisar os discursos dos sujeitos se traduziu de forma real na maneira como ele foi se construindo. Desse modo, percebemos que nosso trabalho foi uma tessitura de uma rede, uma rede de significados construídos a partir dos discursos dos sujeitos, dos discursos das bases teóricas e dos nossos discursos enquanto autoras.

Portanto, gostaríamos que este trabalho afetasse os leitores assim como foi nos afetando. Deixamos o legado sobre a necessidade de fomentar e potencializar os estudos de corpo em Terapia Ocupacional, da mesma maneira difundir e expandir os conceitos da Ciência Ocupacional, como base para ler o homem, o mundo e suas relações.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, R; VICTOR, M. **Princípios de Neurologia**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ALMEIDA, M. Arte, loucura e sociedade: ideologias e sensibilidade na terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 5, n. 2, p. 87-100, 1996.

\_\_\_\_\_. **A selvagem dança do corpo**. 1 ed. Curitiba, PR: CRV, 2011. 247 p.

\_\_\_\_\_. **Corpo e Arte em Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004. 184 p.

ALVES, L. A Rede de Significações na construção do sujeito para Bakhtin. In: JÚNIOR, O; OLIVEIRA, B; ABREU, W. **Margens**. Revista Multidisciplinar do Núcleo de Pesquisa – CUBT/ UFPA - v.2, n. 3, jun., 2005.

AMARAL, L. A. Conhecendo a Deficiência: em Companhia de Hércules. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

ANDRADE, M. **O impacto psicossocial das sequelas motoras decorrentes do acidente vascular cerebral no indivíduo em fase produtiva e suas repercussões na família**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pró-reitoria Acadêmica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife/Pe, 2008.

ARAÚJO, L; FOLHA, O. Ocupación humana y la práctica de los terapeutas ocupacionales en la amazônia en pará: una perspectiva fenomenológica. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**. v.15, n. 12, p. 99-110, 2010.

ARAÚJO, L; OLIVEIRA, I; JARAMILLO, S. Espiritualidade e a prática da Terapia Ocupacional: Interfaces no campo da ocupação humana. **TOG (A CORUÑA)**, v. 11, n. 20, nov, 2014.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL (AOTA). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3ª ed. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**; jan.-abr. 2015; 26 (ed. esp.): p.1-49. Traduzido do original por CAVALCANTI, A; SILVA E DUTRA, F; ELUI, V. Publicado pela American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3ª ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68(Suppl.1).

ARES, M. Acidente Vascular Encefálico. In: TEIXEIRA et al. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo: Roca, 2003. cap. 1. p. 3-16.

ATRICE; et al. Lesão Medular Traumática. In: UMPHRED. D. **Reabilitação Neurológica**. 4 ed, Barueri, SP: Manole, 2004, p. 506-560.

BATISTA, M; et. al. Repercussões do papel de cuidador nas atividades de lazer de cuidadores informais de idosos dependentes. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 186-192, maio/ago. 2012.

BERGANTIÑOS, J; et al. Ocupación y cultura. **TOG (A Coruña)**. v.7, n.6, p. 241-247, 2010.

BILLOCK, C. Espiritualidade, ocupação e Terapia Ocupacional. In CREPEAU, Elizabeth; COHN, Ellen; SCHELL, Barbara. **Willard & Spackman: Terapia Ocupacional**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p 91-98.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72p

CAPITÃO, C. Visão Psicodinâmica da Depressão e do Suicídio. In: BAPTISTA, M; et. al. **Suicídio e Depressão: Atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004, p. 177-191.

CARRASCO, J; OLIVARES, D. Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la Ocupación para la investigación y práctica de la Terapia Ocupacional. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, n. 8, p. Pág. 5-16, 2008.

CASSIMIRO, E; GALDINO, F; SÁ, G. As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: da gregia antiga à contemporaneidade. **Revista Eletrônica Print by <http://www.ufsj.edu.br/revistalable>**. Μετάvoια, São João del-Rei/MG, n.14, 2012, P. 61-79.

CASTANHARO, R; WOLFF, L. O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 175-186, 2014.

CECATTO. Acidente Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: CRUZ, D. **Terapia Ocupacional pós-acidente Vascular Encefálico: Atividades de Vida Diária e Interdisciplinariedade**. São Paulo: Santos, 2012, p. 3-18.

CLARK, F; et al. Occupational Science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. **American Journal Occupational Therapy**. v. 49, 1991, p. 1015-1018.

CRUZ, D. **Terapia ocupacional na reabilitação pós-acidente vascular encefálico: atividades de vida diária e interdisciplinariedade**. São Paulo: Santos, 2012. p. 427.

DE FARIA, I. Neurologia Adulto. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 187-202.

DE OLIVERIA, A; DE SOUZA, R. **Terapia Ocupacional Intensiva: Proposta de Intervenção em pacientes comatosos na fase aguda do acidente vascular**

**encefálico**. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) - Pró-reitoria de pesquisa e graduação, Universidade Potiguar – UnP, Natal, 2008.

DICKIE, V. O que é ocupação? In CREPEAU, E; COHN, E; SCHELL, B. **Willard & Spackman**: Terapia Ocupacional. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p 15-21.

DRUMMOND, A. Fundamentos da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2014, p.

ENCONTRO NACIONAL DE RECREAÇÃO E LAZER: Lazer e Cultura – Reflexões sobre o senso comum. 25., 2015. Ouro Preto, Minas Gerais. Anais... Rio de Janeiro: Sesc/ Serviço Social do Comércio. 2015. 7 p.

FERREIRA, A. Novo Aurélio Séc XXI: O Dicionário da Língua Portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, T; OLIVER, F. Terapia ocupacional em disfunção física: discutindo a produção bibliográfica brasileira no período de 1999 a 2005. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 108-114, set./dez., 2006.

FERREIRA, F. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 26. p. 471-483, jul/set, 2008.

FERREIRA, N. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002.

FUKUJIMA, M. Acidente Vascular Encefálico. In: ORTIZ, K; et. al. **Distúrbios Neurológicos Adquiridos**: Linguagem e Cognição. São Paulo: Manole, 2005, p. 35-38.

GASGÓN, M; et. al. Um corpo que perde o sentido: uma leitura psicanalítica dos pacientes com paraparesia espástica tropical. **Rev. SBPH**. v.16, n.1, Rio de Janeiro. Jan./Jun, 2013, p. 33-48.

GERHARDT, T; SILVEIRA, D. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS - Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIL, A. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GORDON, D. A história da Terapia Ocupacional. In: CREPEAU, Elizabeth; COHN, Ellen; SCHIELL, Barbara. **Willard & Spackman**: Terapia Ocupacional. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, p. 203-204.

GUERTZENSTEIN, Silvia. O corpo em arteterapia. In: ARCURI, Irene (org.). arteterapia de corpo e alma. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.59-78.

HOCKING, C. Contribuição da ocupação para a saúde e o bem-estar. In: CREPEAU, Elizabeth; COHN, Ellen; SCHIELL, Barbara. **Willard & Spackman: Terapia Ocupacional**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, p. 45-55.

HOCKING, C; WRIGTH-St CLAIR, V. Occupational science: Adding value to occupational therapy. New Zealand **Journal of Occupational Therapy**. v. 58, n. 1, p. 29-35, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

JÚNIOR, E. Eugenia, bioética e os direitos humanos. **Jornal do Centro Universitário Fluminense – UNIFLU**. Ano 3, n, 18. agosto/setembro, 2014.

JÚNIOR, L. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)**. jul/ago/set de 2004, p. 15-16.

KIELHOFNER, G. Qualitative Research: Methodological approaches and relevance to occupational therapy. **Occupational Therapy Journal of Research**. v. 2, p. 150-164, 1982.

KÜBLER-ROSS, E. Segundo estágio: A Raiva. In: KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996, p. 63-93. Disponível em: [http://faa.edu.br/portal/PDF/livros\\_eletronicos/medicina/sobre\\_a\\_morte\\_e\\_o\\_morrer.pdf](http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/sobre_a_morte_e_o_morrer.pdf). Acesso: 11 set 2016.

KLAUMANN, P; WOUK, A; SILLAS, T. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary Science**, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008.

LIBERMAN, F. O Corpo como Pulso. **Interface**. v.14, n.33, Botucatu, p.449-60, abr./jun. 2010

\_\_\_\_\_. **Danças em Terapia Ocupacional**. São Paulo: Summus, 1998.

\_\_\_\_\_. **Delicadas coreografias: instantâneos de uma Terapia Ocupacional**. São Paulo: Summus, 2008.

LILLO, S. G. La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Santiago, n. 3, nov. 2003.

MACHADO, A; HAERTEL, L. **Neuroanatomia Funcional**. 3ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

MANIVA, S. et.al. Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas. **Rev. esc. enferm**. São Paulo, v.47, n.2, p. 362-368, abr. 2013.

MARTINS, F. A forma e a função: um sistema de legitimação no modernismo. 2010. 41 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Artísticos: Teoria e Crítica da Arte) Faculdade de Belas-Artes da Universidade do Porto, Porto, 2010.

MARTÍNEZ, A; et. al. Revisión de la literatura sobre desempeño ocupacional de trabajadores en pesca comercial. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. v. 1, n. 2, p. 257-266, diciembre, 2014.

MARTINELLI, S. A importância de atividades de lazer na Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Jan/Abr 2011, v. 19, n.1, p.111-118.

MICHAUD, Y. Visualizações - o corpo e as artes visuais. In: COURTINE, J. **História do corpo: as mutações do olhar**. O século XX. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 3 ed, n.3. p. 541-566.

MINAYO, M. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 13ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

MIRALES; P; AGUDO, P. Análisis teórico de los conceptos privación, alienación y justicia ocupacional. **TOG (A Coruña)**. v.9, n.5, p. 44-68, 2012.

MOLKE, D; LALIBERTE-RUDMAN, D; POLATAJKO, H. The promise of Occupational Science: a developmental assessment of an emerging academic discipline. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. v. 7, n. 1, 269 p. 2004.

NASCIMENTO, C. PAIVA, P. **Como os idosos hospitalizados envolvem-se na espiritualidade? Um estudo da forma e do significado ocupacional**. Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso (artigo). Universidade Federal do Pará (UFPA), 2016. P. 22.

NASCIMENTO, E; MEDINA, A; TEIXEIRA, C. O corpo da mulher no período colonial: algumas reflexões. **Rev Mineira Enferm**, v. 2, n. 2, p. 14-21, 1998.

NELSON, D. Occupation: form and performance. In: **American Journal of Occupational Therapy**, 1988, p. 633-641.

NELSON, D; JEPSON-THOMAS, J. Occupational form, occupational performance, and a conceptual of Framework from Therapeutic Occupational. In: KRAMER, P; HINOJOSA, J; ROYEEN, C. **Perspective in human occupational: participation in life**. Baltimore: LWW, 2003.

NEVES, C. **Intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/independência face ao autocuidado após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2014.

NOGUEIRA-MARTINS, M; BÓGUS, C. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

PAULA, G; et. al. Neuropsicologia da aprendizagem. **Rer. Psicopedagogia**, v. 23, n. 72, p. 224-231, 2006.

PERLINI, N; FARO, A. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev Esc Enferm**. v. 39, n. 2. p. 154-163, 2005.

PEDRETTI, L; EARLY, M. **Terapia Ocupacional**: capacidades práticas para as disfunções físicas. 5ª ed. São Paulo: ROCA, 2005.

PONZIO, A. Signo e Sentido em Bakhtin. In: PONZIO, A. **A Revolução Bakhtiniana**: o pensamento de Bakhtin e a ideologia contemporânea. São Paulo: Contexto, 2008, p. 88-89.

PULASKI, K. Disfunção Neurológica no Adulto. In: NEISTADT, M; CREPEAU, E. **Terapia Ocupacional**: Willard e Speckman. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 36. p. 616-693.

RODRIGUES, R; et. al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jan.-fev. 2013.

RODRIGUES, S. **Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SANTOS, R. Estrutura e Funções do Córtex Cerebral. 2002. 34 f. Monografia (Licenciatura em Ciências Biológicas) - Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2002.

SOUSA F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino americana de Enfermagem**. v. 10, n. 3, 2002 maio-junho; p. 446-447.

SOARES, L. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A, GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de janeiro: Guanabara & Koogan, 2014, p. 03-08.

TRANQUILLI, W. Fisiologia da dor aguda. In: GREENE, S. **Segredos em anestesia veterinária e manejo da dor**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 399-402.

TURATO, E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n.3, p.507-14, 2005.

VALER, P; ORTEGA, C. Ann Allart Wilcock: trayectoria profesional y aportaciones más relevantes a la terapia ocupacional y a la ciencia de la ocupación. **TOG (A Coruña)**, v.8 n.14, p.1-18, 2011.

VERUSKYS, H. Ajuste Psicossocial à Deficiência Física. In: TROMBLY, C. Terapia Ocupacional para a Disfunção Física. 2. Ed. São Paulo: Santod, 1989. p. 12-36.

WILCOCK, A. An occupational perspective of health. Thorofare, NJ: Slack. 1998.

\_\_\_\_\_. A theory of the human need for occupation. **Journal of Occupational Science**: Australia, v. 1, n. 1, p. 17-24, 1993.

WILCOCK, A; TOWNSEND, E. Occupational justice. In: BOYT SCHELL, B; GILLEN, G; SCAFFA, M. **Willard and Spackman's occupational therapy**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 11ª ed., 2011, p. 541–552.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. WHO. Genebra, 1946.

\_\_\_\_\_. **International classification of functioning, disability and health**. Geneva: Author (2001).

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Definition of occupation. 2012. Disponível em: <http://www.wfot.org/aboutus/aboutoccupationaltherapy/definitionofoccupationaltherapy.aspx>. Acesso em: 06 ago. 2015.

WOODSON, A. Acidente Vascular Encefálico. In: PEDRETTI, L; EARLY, M. **Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5ª ed. São Paulo: ROCA, 2005, cap. 38, p. 817-848.

YERXA, E. occupational science: a new source of power for participants in occupational therapy. **Occupational Science**: Australia. v. 1, n. 1. April 1993.

ZUBEM, N. A fenomenologia como retorno à ontologia em Martin Heidegger. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 34, n. 2, p. 85-102, 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
 CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

### **APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa intitulada: “CORPO, OCUPAÇÃO E AVE”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Ana Flávia de Moraes Santos Borges, Samara Gonçalves Leal e da Prof.<sup>a</sup> M.Sc. e Terapeuta Ocupacional Cibele Braga Ferreira Nascimento, as quais pretendem compreender a forma e o significado de corpo e ocupação por meio do seu discurso e do seu histórico ocupacional antes e após o AVE. Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista semi-estruturada que será registrada por gravação de voz, podendo haver registros através de fotos. Se você aceitar participar, estará contribuindo para crescimento da produção e fundamentação sobre a temática corpo e ocupação dentro do campo da Terapia Ocupacional. Se depois de consentir sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa e/ou ao atendimento prestado. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração pela sua participação na pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras, pelos telefones (91) 984735466, 982378154 e 982285900, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFPA, na Rua Augusto Corrêa, 01, na Sala do ICS, 13, 2º andar, Campus Universitário Guamá, Belém-PA, telefone (91) 3201-7735, Fax (91) 3201-8028, E-mail: cepccs@ufpa.br. Consentimento Pós-Infomação.

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.

Prof.<sup>a</sup> MSc. Cibele Braga Ferreira  
 Nascimento/Pesquisadora Responsável  
 End.: Rua Esperanto, nº 207;  
 Resid. JIAMA, apt.001.

Assinatura do Participante

Samara Gonçalves Leal/Pesquisadora  
 End.: Rua Fernando Guilhon, nº 3298,  
 Cremação

Ana Flávia de Moraes Santos  
 Borges/Pesquisadora End.:  
 Passagem São Sebastião, nº182,  
 Marco

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
 CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

### APÊNDICE B: ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO:
<b>Nome:</b>
<b>Idade:</b>
<b>Tel.:</b>
<b>Endereço:</b>
<b>Quando o AVE aconteceu?</b>
<b>Forma</b>
1. Você pode falar sobre seu corpo antes do AVE?
2. Você pode falar do seu corpo depois do AVE?
3. Você pode falar sobre como você realizava suas ocupações (autocuidado, trabalho e lazer)? (como você fazia pra cuidar de si? Como fazia pra trabalhar? Como você fazia pra se divertir?)
4. Você pode falar como realiza suas ocupações atualmente?
<b>Significado</b>
5. Qual o significado que seu corpo tem para você? Esse significado era o mesmo antes de acontecer o AVE?
6. O significado atribuído hoje ao seu corpo tem influência no seu dia-a-dia?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

## ANEXO A: PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CORPO, OCUPAÇÃO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UM ESTUDO COM BASE NA CIÊNCIA DA OCUPAÇÃO.

**Pesquisador:** Cibele Braga Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52274515.7.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.526.918

#### Apresentação do Projeto:

Dentre as doenças crônico-degenerativas, as cerebrovasculares são a terceira causa de morte no mundo e a principal causa de morte no Brasil. O AVE vem apresentando grande incidência de casos e constitui-se como o maior causador de incapacidades. Pacientes com sequelas de AVE necessitam de auxílio quanto ao desempenho em suas atividades de vida diária, ajuda para a marcha, assistência em hospitais, e reabilitação. A maioria das pessoas que sobrevivem apresentam déficits neurológicos e incapacidades residuais significativas que implicarão diretamente na funcionalidade do indivíduo, mais do que isso, implicam em novos corpos, seja enquanto estrutura física modificada seja nos sentidos que esse novo corpo atribui a si e ao existir/viver/ocupar-se. O presente estudo adotará uma abordagem qualitativa e de caráter descritivo e exploratório. Com objetivo de compreender a forma e o significado de corpo e ocupação presentes nos discursos de sujeitos com AVE com embasamento teórico oferecido pela ciência da ocupação buscando elucidar questionamentos como: Como os estudos de corpo em Terapia Ocupacional sugerem as análises das repercussões ocupacionais? O que o perfil ocupacional dos sujeitos (antes e após o AVE) revela no que diz respeito a forma e o significado do corpo e das ocupações? Defendendo a hipótese de que as modificações estruturais que ocorrem no corpo influenciam nas formas e nos significados que o sujeito atribui a ele e assim como, há modificações na forma e significados de envolvimento

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.526.918

nas ocupações que constituem a vida de sujeitos acometidos por AVE. Além de contribuir para o campo de conhecimento da Terapia Ocupacional.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Compreender a forma e o significado de corpo e ocupação presentes nos discursos de sujeitos com AVE.

Objetivo Secundário: • Identificar o histórico ocupacional dos sujeitos antes e após o AVE com base na Ciência da Ocupação. • Verificar as repercussões ocupacionais a partir dos estudos do corpo em Terapia Ocupacional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

o Perda do sigilo da identidade. Será contornado diante do uso de pseudônimos ou outra caracterização de modo a preservar a identidade do sujeito e confidencialidade da pesquisa. o Falta ou atraso do atendimento do projeto de extensão o qual participa. Será organizada uma agenda com dia e/ou horário para que não ocorra o risco de prejudicar os atendimentos do paciente.

Benefícios:

o Contribuir para o autoconhecimento e autopercepção dos sujeitos a partir da entrevista semi-estruturada; o Favorecer o entendimento sobre a importância do corpo ao realizar ocupações.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_608828.pdf	14/04/2016 18:48:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_corrigido.docx	14/04/2016 18:29:48	Ana Flávia de Moraes Santos Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	14/04/2016 18:28:33	Ana Flávia de Moraes Santos Borges	Aceito
Outros	CART_ENCAM.jpg	10/11/2015 23:03:23	Ana Flávia de Moraes Santos Borges	Aceito
Outros	TERM_ACEIT.jpg	10/11/2015 23:02:24	Ana Flávia de Moraes Santos Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DEC_PESQ.jpg	10/11/2015 23:00:52	Ana Flávia de Moraes Santos Borges	Aceito
Outros	DEC_ISEN.jpg	10/11/2015 22:57:59	Ana Flávia de Moraes Santos Borges	Aceito
Folha de Rosto	images.pdf	10/11/2015 22:47:03	Ana Flávia de Moraes Santos Borges	Aceito
Outros	02011001.PDF	10/11/2015 15:26:42	Ana Flávia de Moraes Santos Borges	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 03 de Maio de 2016

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
 Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
 UF: PA Município: BELEM  
 Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br