

TERAPIA OCUPACIONAL E PACIENTES ACAMADOS: AÇÕES COMUNITÁRIAS BASEADAS NA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS

OCCUPATIONAL THERAPY WITH BEDFAST DISABLED: COMMUNITARY ACTIONS BASED ON PROBLEMS IDENTIFICATION

Christiane Siegmann⁽¹⁾, Clori Araújo Pinheiro⁽²⁾,
Marta Carvalho de Almeida⁽³⁾

SIEGMANN, C.; PINHEIRO, C.A.; ALMEIDA, M.C. Terapia ocupacional e pacientes acamados: ações comunitárias. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 37-43, jan./abr. 2002.

RESUMO: No contexto da reforma sanitária brasileira, críticas à institucionalização de idosos, portadores de doenças crônicas e pessoas com deficiências remeteram à formulação de propostas de atenção visando a manutenção dessas pessoas em seu domicílio e sua comunidade, evitando, principalmente, a hospitalização. O *Programa de Acamados* da Unidade de Saúde Vila Floresta do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre - RS vem adotando essas referências e desenvolvendo ações em domicílio para grupo de pacientes selecionados. Junto a este foi desenvolvido estudo com o objetivo de identificar sua problemática e discutí-la sob a perspectiva da Terapia Ocupacional no campo da saúde comunitária. A coleta de dados foi realizada em domicílio, através de entrevistas estruturadas e observação assistemática, junto aos pacientes ou seus cuidadores. Foram abordadas as condições de vida e saúde, enfatizando elementos sócio-econômicos, ambientais e psicossociais, bem como as dificuldades de ação encontradas por esses pacientes no âmbito cotidiano. Os resultados mostraram que o grupo constitui-se predominantemente por idosos, com baixa autonomia e de autodeterminação, bem como em situação de isolamento social e riscos à saúde física e emocional. Assim, discute-se que a ação junto aos pacientes acamados requer que se construam possibilidades dos sujeitos exercitarem-se enquanto tal, ao tempo em que realizam, de fato, trocas sociais. Discute-se a necessidade de que os objetivos do programa sejam tratados de forma articulada por equipe multidisciplinar, que os recursos informais do domicílio, vizinhança e comunidade sejam ativados, e que o terapeuta ocupacional atue no sentido de construir espaços que possibilitem trocas sociais baseadas no respeito às diferenças. Dessa perspectiva, entende-se que a manutenção da qualidade de vida está estreitamente relacionada ao agir com autonomia, ainda que com as ajudas necessárias, bem como com a participação efetiva na vida familiar e comunitária.

DESCRIPTORIOS: Pacientes domiciliares/psicologia. Terapia ocupacional. Qualidade de vida. Fatores socioeconômicos. Idoso.

⁽¹⁾ Terapeuta Ocupacional da Prefeitura Municipal de Porto Alegre - Fundação de Assistência Social e Cidadania - FASC. Especialista em Reabilitação pela Faculdade de Ciências da Saúde do Instituto Porto Alegre, IPA.

⁽²⁾ Terapeuta Ocupacional. Gerente de Recursos Humanos do Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Saúde Comunitária pela Universidade Luterana do Brasil, ULBRA. Especialista em Metodologia do Trabalho Comunitário pelo Instituto Porto Alegre, IPA e Especialista em Administração Hospitalar pelo Instituto de Administração Hospitalar Ciência e Saúde, IAHCS (em andamento).

⁽³⁾ Professora Doutora do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutora em Saúde Coletiva.

Endereço para correspondência: Christiane Siegmann. Rua Umbu, 1630 ap. 329 - Cristo Redentor. CEP: 91350-100. Porto Alegre, RS. e-mail: chrissiegmann@cpovo.net

INTRODUÇÃO

N a década de 1980, a sociedade brasileira foi marcada por forte processo de organização da população, reivindicando transformações político-sociais que atendessem aos anseios democráticos e a melhoria da qualidade de vida. Nas décadas anteriores, durante o regime militar, a transferência de recursos públicos para o setor privado havia produzido a exclusão de amplos setores sociais do acesso a bens e serviços elementares, como educação, saúde e moradia, entre outros, aprofundando o abismo entre as políticas públicas e as necessidades da população. Assim, já logo no início da década de 1980, em um contexto de amplas discussões propiciado pela nova conjuntura político-econômica, a atenção à saúde e reabilitação de pacientes portadores de doenças crônicas, pessoas com deficiência e idosos passou a ser refletida e reelaborada com base na necessidade de viabilização do acesso a serviços e à atenção integral. O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, o Ano Internacional da Pessoa Deficiente (1981) e a promulgação da Constituinte (1988) registraram formulações inovadoras acerca da intervenção junto a esses grupos, conectando-a ao campo dos direitos sociais (OLIVER, 1990; ALMEIDA, 2000).

A preocupação com a construção de alternativas à institucionalização de pacientes crônicos ou gravemente incapacitados diz respeito a esse novo cenário processado no campo da saúde. Até então, ao paciente gravemente incapacitado, ou que desenvolveu seqüelas importantes, o destino mais provável seria a instituição asilar, onde possivelmente suas condições seriam agravadas. De outra forma, estaria obrigado à reclusão domiciliar desassistida.

Ainda que não se possa afirmar que essa realidade foi substantivamente alterada, ambas as situações foram alvo de atenção do Ministério da Saúde (1995), que avaliou que as instituições asilares são locais onde pessoas com deficiências sofrem agravamento de suas incapacidades e acentuada segregação social. Isso decorreria do fato das internações serem excessivamente prolongadas, em condições freqüentemente desprovidas não apenas de programa terapêutico, mas de elementos básicos de higiene, saúde e socialização (BRASIL, 1995).

Considerando essa situação bastante complexa, principalmente ao identificar que as internações nessas instituições respondem a problemas de âmbito social e não propriamente de saúde, o Ministério sugeriu a criação de projetos alternativos à internação, tais como os de atendimento domiciliar, as casas comunitárias e

os serviços de apoio à vida independente.

As mudanças no perfil de morbimortalidade no Brasil também subsidiaram os argumentos a favor da atenção no domicílio ou na comunidade. A coexistência de doenças infecto-parasitárias e derivadas da fome e da violência, junto àquelas tipicamente predominantes em países desenvolvidos, como as cardiovasculares e derivadas do aumento da longevidade, havia sido evidenciada. Dessa forma, especialmente em relação à população idosa, mais sujeita ao desenvolvimento de processos e patologias que geram incapacidades, bem como aos efeitos deletérios da hospitalização, a geração de propostas voltadas à manutenção da pessoa em seu ambiente ganhou relevância.

Em estudo desenvolvido por Silvestre et al. (1996), considerou-se haver baixa resolutividade dos hospitais em relação aos idosos, na medida em que sendo os pronto-atendimentos hospitalares os primeiros serviços acionados pela população idosa, não se atende às necessidades desta. Os problemas apresentados requerem, em sua maioria, outros tipos de atenção, dado que são múltiplos e crônicos. Exigem continuidade de tratamento e atenção específica junto à realidade sócio-familiar da pessoa.

Baseado nesses dados e concepções, o *Programa de Acamados* tem sido desenvolvido pela Unidade de Saúde Vila Floresta, pertencente à Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, na zona norte do município de Porto Alegre - RS. Sua implantação teve por objetivo desenvolver alternativas à hospitalização de pacientes que podem se beneficiar de programas implementados nos serviços de atenção primária, especialmente aqueles que se encontram, temporária ou definitivamente, severamente limitados quanto a sua mobilidade. Um dos elementos que motivaram a criação do programa foi o conhecimento prévio de que o bairro Vila Floresta apresenta elevado número de pessoas idosas.

A proposta existe há aproximadamente 15 anos e envolve, principalmente, os profissionais das áreas médica, da enfermagem e da terapia ocupacional. Os atendimentos abrangem as seguintes modalidades: *atendimento domiciliar*, que atende pacientes que necessitam de atenção por períodos determinados; *acompanhamento domiciliar*, para pessoas que necessitam de acompanhamento a longo prazo e *internação domiciliar*, que envolve pacientes em situação mais crítica, embora não exijam internação hospitalar. Os critérios de inclusão no programa são técnicos e sociais.

Pretendendo contribuir para uma definição mais precisa dos alvos da ação terapêutica em programas que

visam evitar a hospitalização com aprimoramento da qualidade da atenção prestada, bem como para o aperfeiçoamento metodológico do *Programa de Acamados*, desenvolveu-se estudo com o objetivo de identificar a problemática prevalente no grupo e suas relações com a terapia ocupacional. Indagou-se, entre outros aspectos, quais os tipos de incapacidades, limitações e dificuldades apresentadas pelos sujeitos do grupo e como estas repercutem em seu cotidiano relacional.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi executado na área de abrangência da Unidade de Saúde Vila Floresta (US), no município de Porto Alegre - RS, que conforme o Serviço de Informações Georreferenciadas (SIG) apresenta 9460 habitantes, distribuídos em 2969 domicílios. Dessa população foi destacado o grupo cadastrado no *Programa de Acamados*, conforme documentação de outubro e novembro de 2001 fornecida pela equipe de saúde da unidade. Em 01.12.2001 - data de encerramento de inclusão de novos sujeitos na pesquisa - esse grupo correspondia a 56 pessoas. Os dados básicos de identificação de seus integrantes, bem como aqueles referentes a diagnósticos e indicações terapêuticas, também foram coletados através dessa documentação e, algumas vezes, através do contato direto com profissionais da equipe que atuam no programa.

Junto aos sujeitos foram realizadas entrevistas estruturadas, aplicadas em domicílio. O instrumento de coleta foi elaborado com vistas a identificar condições de vida e saúde, enfatizando elementos sócio-econômicos, ambientais e psicossociais, bem como as dificuldades de ação encontradas no âmbito cotidiano. Sua configuração foi baseada no documento "O Diagnóstico de Comunidade" desenvolvido por Giacomazzi e Takeda (1997), da área de apoio técnico em Epidemiologia, Antropologia e Planejamento da Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Através de sua aplicação, foram também captadas as características e dificuldades encontradas pelo *cuidador* ao lidar com a pessoa acamada.

Não foram localizadas cinco pessoas, o que levou a que fosse estabelecido um universo inicial de 51 pessoas cadastradas. Entre estas houve um caso de óbito e um caso de recusa à entrevista. Além disso, em função de dificuldades de agendamento, não foi possível realizar entrevistas em oito domicílios elegíveis. Assim, os pesquisadores realizaram um total de 41 entrevistas, representando 82% do grupo inicialmente identificado.

As entrevistas nos domicílios permitiram, além da coleta de informações verbais, a observação não sistemática do ambiente e das condições de vida dos entrevistados.

Após consolidação e análise dos dados, os resultados encontrados serviram, de imediato, à atualização da documentação da unidade de saúde, bem como ao conhecimento e reflexão dos profissionais que atuam no programa.

RESULTADOS

Características da população: identificando perfis e riscos

A população estudada é constituída por 56,1% de pessoas do sexo feminino e 43,9% do sexo masculino. O número de entrevistados com mais de 60 anos é de 78%, confirmando a alta prevalência de idosos na comunidade, o que, por sua vez, remete à importância do desenvolvimento de ações de saúde voltadas às necessidades específicas desse segmento populacional.

A maior parte dessas pessoas são portadoras de doenças crônico-degenerativas, sendo que 44% dos entrevistados apresentam doenças cardiovasculares e 17% manifestam diabetes. Como se sabe, tais patologias, quando não controladas, podem causar ocorrências secundárias, como acidente vascular encefálico e amputações, que levam a graves incapacidades e limitações funcionais. O grupo estudado, portanto, quanto à morbidade, caracteriza-se por apresentar alto risco de agravamento e desenvolvimento de incapacidades significativas.

O estudo mostra, ainda, que 76% da população entrevistada depende, atualmente, da ajuda de alguém para manter seus cuidados pessoais, preparar sua alimentação, desenvolver atividades de lazer e locomover-se. Apenas 4,9% dos pacientes são independentes nas atividades da vida diária e conseguem, por exemplo, ir sozinhos à rua. Em situações de emergência 14,6% do grupo não consegue pedir ajuda de nenhuma forma, necessitando de monitoramento constante dos cuidadores. Assim, percebe-se que a maior parte do grupo requer cuidados permanentes e a realização de atividades cotidianas, atualmente, implica na disposição de auxílio de outras pessoas.

Entre as pessoas entrevistadas, 92% residem com os familiares em moradia própria, contemplada por rede de esgoto e coleta de lixo. Contudo, ainda que a maioria não tenha que realizar gastos consideráveis com habitação, mais da metade, ou ainda 53,7%, declararam

não conseguir suprir suas necessidades básicas (alimentação, cuidados com a saúde e higiene) apenas com a renda familiar atual.

O grupo estudado e o entorno social imediato: identificando problemas acerca da autonomia e das interações sociais

Os dados relativos à utilização do espaço público e privado revelam dificuldades no que diz respeito à apropriação material e simbólica da habitação, bem como restrições do exercício de poder contratual do paciente na dinâmica familiar. Nela, a divisão afetiva do habitar é comprometida, também, por processos que envolvem a falta de autonomia dos sujeitos.

Os espaços da casa são utilizados em sua totalidade por 68% dos pacientes. No entanto, 31,7% estão limitados a dois cômodos da casa ou restritos ao leito. Os ambientes são pouco adaptados às limitações apresentadas pelos sujeitos do grupo. Foram observadas algumas adaptações em 26,8% dos domicílios. Elas existem principalmente nos banheiros, para o uso do vaso sanitário e adequação do banho, como barras de apoio no box, cadeira sanitária adaptada e cadeira ou banquinho para o banho.

Embora 100% possua renda própria - 63,4% são aposentados e 36,6% recebem pensão - 41,7% não faz uso pessoal de seus proventos, na medida em que não tem acesso e controle sobre o dinheiro regularmente recebido, o que é feito por familiares. Além do fato de que sua própria renda lhe é inacessível, 83% das pessoas acamadas dizem que as decisões sobre a sua vida são tomadas, essencialmente, por outras pessoas, sem que exerçam influência decisiva.

Demonstra-se, portanto, alto grau de prejuízo da autonomia de maior parte do grupo, especialmente no que diz respeito às possibilidades de realizar escolhas e autodeterminar-se, o que torna a vida cotidiana e doméstica esvaziada de sentido e realizações.

Embora 100% das casas estejam localizadas em ruas pavimentadas, 48,8% possuem paralelepípedos irregulares e, conforme observação dos entrevistadores durante a pesquisa de campo, possuem calçadas esburacadas ou inexistentes em vários trechos, o que torna difícil sua utilização por pessoas com comprometimentos na deambulação, mesmo que utilizem equipamentos auxiliares. Além disso, a maioria das ruas nos arredores da Unidade de Saúde possui declive acentuado, já que esta se encontra em um dos pontos mais altos do bairro.

Assim, o grupo enfrenta dificuldades

significativas para acessar a atenção à saúde requerida. Os dados mostram que 70% das pessoas não conseguem chegar até a US Vila Floresta devido a dificuldades de deambulação associadas à existência de barreiras ambientais.

No acesso à casa foram encontradas barreiras arquitetônicas que dificultam ou impedem os pacientes e cuidadores para transpor os limites físicos do domicílio. Entre os domicílios pesquisados 60% possuem escadas ou terrenos irregulares e somente 39% têm rampa de terra batida ou material junto à casa, viabilizando a passagem de cadeira de rodas ou outro dispositivo de auxílio para a locomoção.

Associando-se esses dados à precariedade de transporte público adaptado e ao baixo poder aquisitivo que impede a utilização de transporte particular e/ou aquisição de cadeira de rodas ou outros dispositivos de ajuda, pode-se dizer que a condição experimentada por parte significativa do grupo é de confinamento doméstico. Essa condição, ainda que de forma diferenciada, atinge pacientes e cuidadores, na medida em que o contato entre ambos deve se dar quase de forma permanente.

O grupo estudado e sua inserção na comunidade: a participação esquecida

Há, nas informações coletadas junto ao grupo, raras referências à realização de atividades que coincidem com a participação na vida comunitária, esta entendida como espaço coletivamente articulado de identificação de dificuldades e soluções comuns aos problemas da região. A ação em grupos e movimentos sociais da comunidade ou o engajamento em ações coletivas que buscam promover maior qualidade de vida para indivíduos e comunidade é quase inexistente. Observa-se que as atividades dos membros da família e da pessoa acamada voltam-se especialmente à luta pela sobrevivência diária, tendo nas atividades domésticas o eixo principal em torno do qual a vida se organiza.

Até mesmo o nível de conhecimento desses espaços sociais é relativamente baixo. Um grande número de pessoas (51,5%) deixou de responder a essa questão, sugerindo falta de informação quanto às possibilidades de participação, bem como falta de reconhecimento de parte relevante da comunidade.

Esses dados sugerem a necessidade de uma melhor investigação quanto às reais possibilidades do paciente acamado e seus familiares acessarem o conjunto de recursos presentes na comunidade, uma vez

que desconhecem parte dessa realidade. Esse é um aspecto que pode importar particularmente aos profissionais do programa, uma vez que se verifica a ausência de uma rede social de suporte que apoie a família e o paciente acamado em alguma esfera de suas necessidades.

O grupo estudado e a unidade de saúde: a evidência da regularidade como componente essencial do cuidado em domicílio

O grupo estudado é formado, fundamentalmente, por pessoas que residem há mais de 10 anos nessa comunidade. Esta população é, portanto, constituída de pacientes que envelheceram e adoeceram sob os cuidados da Unidade de Saúde. Embora os pacientes e cuidadores refiram estar satisfeitos com a qualidade dos serviços oferecidos na Unidade, várias queixas referem dificuldades para receber a assistência considerada necessária à manutenção da saúde.

As informações fornecidas pelos entrevistados mostram que, 24,3% dos pacientes são acompanhados esporadicamente nos domicílios e que, 17% das pessoas acamadas não recebem atendimento há meses, totalizando um percentual de 41,5% de pessoas que referem problemas quanto à regularidade e periodicidade dos atendimentos.

O estudo encontrou, também, referências a problemas com a burocracia da Unidade de Saúde, dificultando renovação de receitas médicas e marcação de consultas, além das irregularidades dos atendimentos domiciliares.

Assim, parece que para o grupo estudado, a regularidade do atendimento oferecido pela unidade é o aspecto que mais preocupa, sendo de relevância fundamental na organização da assistência. Considerando-se o perfil do grupo, suas dificuldades, a ausência de outros pontos de suporte na vida dessas pessoas, bem como seu confinamento no domicílio, parece natural que haja reivindicação de aumento da frequência da atenção, principalmente no que diz respeito ao contato direto paciente/profissionais, dado que é esta situação que melhor expressa uma condição de "atendimento".

Situação do cuidador - reflexões e apontamentos possíveis

No estudo, os cuidadores dos pacientes acamados apresentam problemas significativos, sugerindo necessidade de intervenções específicas. Nota-se haver

riscos evidentes para a saúde física e mental do cuidador, em parte condicionados pelos altos níveis de estresse e conflitos presentes no ambiente doméstico, tanto quanto pela falta de atenção e cuidados dirigidos a si mesmo. Em grande parte do grupo, os cuidadores são familiares do paciente acamado. Frequentemente, abandonaram parte das atividades cotidianas realizadas habitualmente para tornarem-se os responsáveis pelo apoio à manutenção da rotina doméstica frente às alterações ocorridas e ocuparem o lugar essencial de provedores de cuidados diários à pessoa dependente. O paciente, por sua vez, em grande parte das vezes tem abalado seu lugar e/ou papel na dinâmica familiar, ressentindo-se da perda de "status" e de parte das atividades que davam sentido à sua vida, o que representa um momento crítico em relação a sua auto-estima e perspectivas de realizações.

Sentimentos como culpa, raiva ou angústia do cuidador escondem-se sob atitudes de superproteção, de resignação e, muitas vezes, de abandono definitivo de qualquer planejamento de realizações em sua vida pessoal. Assim, verifica-se que a interação cuidador/familiar e a pessoa acamada está permeada por sentimentos contraditórios, que por vezes sobrepõem-se a afetos constituídos de longa data. Nos casos em que as dificuldades de relacionamento eram pré-existent à doença/deficiência, relata-se agravamento dos conflitos em função das condições em que se dão o convívio diário e próximo.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS SOB O OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL

Os aspectos evidenciados pelo estudo mostram que o grupo de pacientes atendidos pelo *Programa de Acamados* apresenta problemática complexa. Encontram-se em situação de risco e vulnerabilidade acentuados, têm pouca ou nenhuma possibilidade de autodeterminação, pouca interação com os acontecimentos, recursos e ambientes participativos da comunidade e exercem precariamente sua cidadania. Como se percebe, o fato de não estarem institucionalizados ou hospitalizados, consiste em condição básica mas não suficiente para o exercício de trocas sociais baseadas em direitos, respeito e projetos.

Vários fatores culturais, políticos e econômicos contribuem para a exclusão social desse grupo, agregados às particularidades apresentadas. O desvalor, a invalidação social relacionada à velhice, à ausência do meio produtivo e à dependência para a realização

de atividades elementares do cotidiano, incide sobre o grupo de maneira acentuada, implicando que exista pouca motivação para a realização de atividades e interações sociais. A inatividade e isolamento social produzem gradativamente maiores graus de exclusão social, compondo um círculo vicioso persistente.

Assim, é preciso que uma intervenção conseqüente junto a esse grupo considere a complexidade da realidade vivida cotidianamente por essas pessoas, planejando ações que articulem diferentes âmbitos da vida e visem transformações qualitativas. Diminuir ou abolir os fatores de risco à saúde física e mental dos pacientes acamados e de seus familiares, favorecer sua autonomia, as possibilidades de autodeterminação e realização de escolhas, de trocas sociais e de participação social podem ser objetivos presentes em todas as ações desenvolvidas, de forma que não se dissociem. Tal articulação remete à necessidade de um pensamento articulado da equipe, de natureza multidisciplinar, de forma que cada procedimento atenda, a um só tempo, vários desses objetivos ou, ao menos, não se contraponha a algum.

A escuta e acolhimento aos problemas específicos do cuidador e da família são, também, requeridos nessa abordagem a fim de que se atinjam os pontos fundamentais da problemática que, como se viu, envolve a família ou os moradores do domicílio atendido de forma abrangente. Contudo, deve-se considerar a necessidade de que o paciente acamado e o cuidador tenham seus vínculos prioritários constituídos com profissionais distintos, de tal forma que ambos sintam-se indubitavelmente amparados em suas necessidades e respeitados em suas particularidades.

Dessa forma, a ação junto aos pacientes acamados requer que se construam possibilidades dos sujeitos exercitarem-se enquanto tal, ao tempo em que realizam, de fato, trocas sociais. A vida doméstica e familiar comporta projetos, realizações, sentidos, bem-estar, e não apenas rotina, monotonia e isolamento. Ativar essas possibilidades pode ser um primeiro passo na construção de uma trajetória que busca a validação desses sujeitos enquanto cidadãos.

A intervenção não se esgota nas possibilidades e recursos do domicílio, devendo abranger maiores âmbitos da comunidade. Contudo, dadas as limitações de deambulação de parte considerável do grupo, há que se criar e/ou repropor interações que levem em consideração tais condições iniciais, ao mesmo tempo em que tomam o domicílio não apenas como o espaço que atende a necessidade de garantir

o acesso à atenção, mas aquele que possibilita a criação de *novas formas de atenção*.

Neste contexto a terapia ocupacional tem um papel fundamental. A formação do terapeuta ocupacional favorece a atuação voltada à identificação e ativação e/ou construção de espaços que possibilitem trocas sociais baseadas no respeito às diferenças, ainda que estes não sejam os espaços formalmente constituídos com essa finalidade. A casa, a vizinhança, a comunidade são repletos de recursos informais que, quando ativados, podem se constituir em poderosos aliados do processo: pessoas, objetos e espaços.

Para a terapia ocupacional o termo *espaço* não se coloca somente como sinônimo de ambiente ou delimitação geográfica fixada. Não se trata de um espaço fisicamente constituído, mas socialmente construído. Espaços são todas as oportunidades de exercitar a condição de sujeito para realizar trocas materiais e afetivas, para praticar e usufruir direitos, para exercer com dignidade a condição humana. Não são isentos de conflitos, mas não podem admitir a anulação de um dos protagonistas. Para que haja esse *espaço* há que existirem sujeitos de fato. Para Castro et al. (2001) a perspectiva do trabalho é "*gradual, artesanal, de desconstrução e enfrentamento de problemas e de recomposição e ressignificação dos projetos de vida, buscando novas formas de conhecimento, de relacionamento e de ação sobre o mundo*".

Aos terapeutas ocupacionais cabe, ainda, o trabalho com a comunidade como um todo, orientado pela perspectiva da inclusão social. A inclusão deve ser pensada de forma articulada à história de vida do sujeito a ser incluído e a sua efetiva participação na comunidade. Na medida em que é processo influenciado por valores pertinentes à realidade e ao grupo social da pessoa assistida e do profissional, é necessário que os profissionais atentem para as possibilidades de tornarem-se multiplicadores de valores e ações que possam produzir ou incentivar movimentos de segregação e de exclusão social.

O entendimento da relação inclusão/exclusão na sociedade contemporânea e sua relação com a miséria e o processo saúde/doença, possibilita aos profissionais da saúde conduzir suas práticas para intervenções técnicas e politicamente elaboradas. Ações que se coloquem congruentes à solidariedade, à cooperação e à ética, instrumentalizando cotidianamente a comunidade e a população assistida a exercer a autonomia sobre sua vida e promover mudanças no entorno social.

SIEGMAN, C.; PINHEIRO, C. A.; ALMEIDA, M. C. Occupational therapy with bedfast disabled: communitary actions. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 37-43, jan./abr. 2002.

ABSTRACTS: In the context of the Brazilian health sector reform, the criticism on the institutionalization of the elderly, of those affected by chronic diseases and the disabled persons led to the formulation about the health care with the view on maintaining these people in their home and in their communities, therefore, particularly avoiding their hospitalization. The *Program for the Bedfast*, of the Vila Floresta Health Unit of the Conceição Hospital Group in Porto Alegre – RS, has been adopting these references and also implementing community actions – at home – for selected groups of patients. So, a study with the objective of identifying their problems has been developed, with the purpose of discussing it under the Occupational Therapy perspective. The data collection was held at homes, through structured interviews and also by the unsystematic observation done with the patients or their aide. The points approached were the health and life conditions of the disabled persons with emphasis being put on social-economical, environmental and psychosocial elements, as well as the difficulties on activity of daily living. The results have demonstrated that the group is primarily made of elderly people, with low autonomy and self-determination conditions, who are also in a situation of social isolation, facing risks to their mental and physical health. Therefore, it has been related that the action with these patients requires the construction of the independent living as such while, at the same time, social interactions take place. The study shows that the objectives of the program need to be treated by a multidisciplinary team, that the informal resources of the home, neighborhood and community have to be activated and that the occupational therapist has to act in the direction of building spaces that permit the social interactions based on the respect for the differences. From this perspective, it is understood that the maintenance of the quality of life is strongly related to the way of acting with autonomy, even if with some necessary help, as well as with the effective participation on the family and community life.

KEYWORDS: Homebound persons/psychology. Occupational therapy. Quality of life. Socioeconomic factors. Aged.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C. **Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência:** políticas e modelos assistenciais. 214p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde:** planejamento e organização de serviços. Brasília, 1995. [Reimpressão].

CASTRO, E.D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (orgs.) **Terapia Ocupacional no Brasil:** fundamentos e perspectivas. São

Paulo, 2001, p.41-59.

GIACOMAZZI, M. C.; TAKEDA, S. **O diagnóstico de comunidade.** Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária - Hospital N.S. Conceição, 1997. [Mimeo].

OLIVER, F.C. **A atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência no Sistema Único de Saúde no município de São Paulo:** uma questão de cidadania. 1990. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1990.

SILVESTRE, J.A.; KALACHE, A.; RAMOS, L.R.; VERAS, R.P. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arq Geriatr Gerontol**, v. 0, n.1, p.81-9, 1996.

Recebido para publicação: 21/01/2002

Aceito para publicação: 25/03/2002