



**INSTITUTO  
FEDERAL**  
Rio de Janeiro

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

*CAMPUS* REALENGO  
TERAPIA OCUPACIONAL

LETÍCIA LINA CAPICHONI CONCEIÇÃO

**ADAPTAÇÃO VISUAL DA MEDIDA CANADENSE DE  
DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM) PARA  
AVALIAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM  
REABILITAÇÃO COGNITIVA**

IFRJ – *CAMPUS* REALENGO

2020

LETÍCIA LINA CAPICHONI CONCEIÇÃO

**ADAPTAÇÃO VISUAL DA MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO  
OCUPACIONAL (COPM) PARA AVALIAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM  
REABILITAÇÃO COGNITIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentada à coordenação do Curso de Terapia Ocupacional, como cumprimento parcial das exigências para conclusão do curso.

Orientador: Prof. Me. Leonardo Valesi Valente

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.

Elaborada por Alane Elias Souza

Bibliotecária - CRB 7 n° 6321

C744

Conceição, Letícia Lina Capichoni.

Adaptação visual da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) para avaliação da Terapia Ocupacional em Reabilitação Cognitiva. / Letícia Lina Capichoni Conceição, 2020.

33f. :il.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Terapia Ocupacional) – Instituto Federal do Rio de Janeiro, 2020.

Orientador: Leonardo Valesi Valente.

1. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde. 2. Análise e Desempenho de Tarefas. 3. Testes Neuropsicológicos. 4. Transtornos Cognitivos. 5. Terapia Ocupacional. I. Instituto Federal do Rio de Janeiro. Campus Realengo. II. Valente, Leonardo Valesi. III. Título.

COBIB/[CReal](#)

CDU 615.851.3

IFRJ – CAMPUS REALENGO  
LETÍCIA LINA CAPICHONI CONCEIÇÃO

**ADAPTAÇÃO VISUAL DA MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO  
OCUPACIONAL (COPM) PARA AVALIAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM  
REABILITAÇÃO COGNITIVA**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à coordenação do Curso de  
Terapia Ocupacional, como cumprimento  
parcial das exigências para conclusão do  
curso.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020  
Conceito: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Banca Examinadora

---

Prof. Me. Leonardo Valesi Valente (Orientador/IFRJ)

---

Prof<sup>a</sup> Ma. Naila Pereira Souza (Titular/IFRJ)

---

Prof. Me. Bruno Costa Poltronieri (Titular/IFRJ)

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Caciana da Rocha Pinho (Suplente/IFRJ)

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Pedrina e Sebastião, que me deram base e suporte para eu me tornar quem sou hoje e por persistirem em minha educação, algo que não puderam ter. Também agradeço por terem permitido me dedicar apenas aos meus estudos e por sempre me apoiarem em minhas escolhas.

Aos meus irmãos, Jéssica e Lucas, que me apoiaram e deram suporte em muitos momentos difíceis.

Ao meu namorado, Rafael, por todo incentivo, companheirismo, apoio e atenção em minhas dificuldades e na celebração das minhas conquistas. Agradeço por cada momento em que pudemos compartilhar conhecimentos juntos e por sempre ser meu apoio.

Às minhas amigas, Livia e Débora, por desde o início da graduação por me auxiliarem no meu processo de aprendizagem. Sou muito grata pela formação de amizades sinceras das quais tenho o desejo de levá-las para além da graduação. Agradeço por cada momento de troca.

À minha amiga Edilaine, que esteve comigo em momentos que precisei de ajuda e apoio. Agradeço pela atenção, parceria e amizade.

À minha amiga, Mad, e minha amiga, Laíz, pois foram importantes nos momentos em que precisei de escuta e acolhimento. Agradeço pelo carinho, trocas e amizade.

Ao meu orientador, Leonardo Valesi, pela dedicação em fornecer conhecimentos significativos em minha formação e por ter dado suporte ao meu desenvolvimento. Agradeço por cada atenção, carinho e paciência.

A cada professor que me deu luz para que eu pudesse percorrer minha trajetória enquanto estudante. Todos foram essenciais nesse processo.

À educação pública de qualidade que tive a oportunidade de ter acesso e desenvolver meus valores enquanto ser humano e cidadã. Agradeço por ter conhecido outras realidades diferentes da minha e poder ter amadurecido minha sensibilidade e empatia ao olhar para elas.

A mim e à minha espiritualidade por desenvolver fé em mim mesma e me permitir acreditar que eu pudesse percorrer caminhos mais altos.

A todos que me ajudaram de alguma forma.

## RESUMO

**Introdução:** Trata-se de um relato de experiência da prática de estágio na Clínica Escola do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), na área da Reabilitação Cognitiva, da graduação em Terapia Ocupacional, sobre o desenvolvimento de uma adaptação da avaliação padronizada Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). **Objetivo geral:** descrever o processo de adaptação visual da COPM para avaliar o desempenho ocupacional em pessoas com deficiências cognitivas. **Objetivos específicos:** verificar recursos para conferir adaptações visuais facilitadoras ao processo de avaliação das mudanças do desempenho ocupacional pela COPM; descrever etapas do desenvolvimento da adaptação dentro do contexto avaliativo do desempenho ocupacional em Reabilitação Cognitiva; apresentar o recurso adaptado conforme obtido pela experiência de estágio em Reabilitação Cognitiva. **Metodologia:** utilizou-se pistas visuais coloridas, numéricas e a organização das categorias avaliadas em cartas. Foi preciso selecionar os componentes do desempenho ocupacional presentes em outros instrumentos para dar suporte na construção do recurso. Fez-se o uso de papel cartão, cartolina preta e papel A4. As letras foram destacadas em negrito, fonte Arial e de tamanho grande para visualização e leitura. Para complementar o trabalho para gerar uma discussão e suporte ao tema, houve uma busca dos descritores em inglês na plataforma *Medical Subject Headings* (MeSH) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), onde foram encontrados os seguintes descritores: Avaliação de Processos em Cuidados de saúde; Análise e Desempenho de Tarefas; Testes Neuropsicológicos; Transtornos Cognitivos; Terapia Ocupacional. Os artigos foram selecionados pelas seguintes bases de dados através da Biblioteca Nacional de Saúde (BVS): *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS). Para complementar a pesquisa, foi feita uma consulta na biblioteca *National Library of Medicine* (PubMed). O operador booleano "OR" foi utilizado para a combinação de todos os descritores mencionados anteriormente. Os filtros utilizados foram: Transtornos Cognitivos; Cognição; Disfunção Cognitiva; Testes Neuropsicológicos; Função Executiva; Terapia Ocupacional; Demência. A busca foi efetuada em inglês, português e espanhol. **Resultado:** confecção de cartas, separadas nas seguintes categorias de ocupações: autocuidado, produtividade e lazer. Foi contabilizado um grupo de cartas do conteúdo atividade, tarefa, ocupação, rotina, desempenho e aquelas relacionadas aos domínios avaliados: expectativa pessoal, dificuldades no desempenho ocupacional, satisfação pessoal, grau de importância, desempenho, habilidades e necessidades ocupacionais, conforme fundamentados na medida. Há outras cartas de atividades específicas com componentes de desempenho. Foram feitas mais 2 cartas com "sim" e "não" e cartas com numeração de 1 a 10 para o cliente se autoanalisar. **Considerações finais:** O trabalho caracterizou-se pelo desenvolvimento de um recurso adaptativo visual para facilitar a avaliação do desempenho ocupacional em contextos de Reabilitação Cognitiva, uma vez que há poucas pesquisas vinculadas ao tema. Pretende-se contribuir para mudanças nos componentes do desempenho e em componentes ambientais, bem como favorecer uma intervenção que respeite o sujeito, suas escolhas e que se alinhe a sua autonomia.

**DESCRITORES:** Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde; Análise e Desempenho de Tarefas; Testes Neuropsicológicos; Transtornos Cognitivos; Terapia Ocupacional.

## ABSTRACT

**Introduction:** This is an experience report of internship practice at the Clinical School of the Federal Institute of Education, Science and Technology of Rio de Janeiro (IFRJ), in the area of Cognitive Rehabilitation, undergraduate in Occupational Therapy, on the development of an adaptation of standardized Canadian Occupational Performance Measurement (COPM) assessment. **General objective:** to describe the process of visual adaptation of COPM to assess occupational performance in people with cognitive disabilities. **Specific objectives:** verify resources to provide visual adaptations that facilitate the process of assessing changes in occupational performance by COPM; to describe stages of adaptation development within the context of evaluating occupational performance in Cognitive Rehabilitation; present the adapted resource as obtained by the internship experience in Cognitive Rehabilitation. **Methodology:** colored numerical visual clues and the organization of the categories evaluated in charts were used. It was necessary to select the components of occupational performance present in other instruments to support the construction of the resource. The letters were highlighted in bold, Arial font and large for viewing and reading. To complement the work to generate a discussion and support to the theme, there was a search for the descriptors in English on the Medical Subject Headings (MeSH) platform and in the Health Sciences Descriptors (DeCS), where the following descriptors were found: Health Care Process Assessment; Task Performance and Analysis; Neuropsychological tests; Cognitive Disorders; Occupational therapy. The articles were selected from the following databases through the National Health Library (VHL): Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Bibliographic Index Español en Ciencias de la Salud (IBECS). To complement the research, a consultation was made at the National Library of Medicine (PubMed). The Boolean operator "OR" was used to combine all of the previously mentioned descriptors. The filters used were: Cognitive Disorders; Cognition; Cognitive Dysfunction; Neuropsychological tests; Executive Function; Occupational therapy; Insanity. The search was conducted in English, Portuguese and Spanish. **Result:** making letters, separated into the following categories of occupations: self-care, productivity and leisure. A group of cards of the content activity, task occupational, routine, performance and those related to the domains evaluated were counted: personal expectation, difficulties in occupational performance, personal satisfaction, degree of importance, performance, skills and occupational needs, as substantiated in the Measure. There are other activity cards specific to performance components. Two more letters were made with "yes" and "no" and letters with numbers from 1 to 10 for the client to analyze himself. **Final considerations:** The work was characterized by the development of a visual adaptive resource to facilitate the assessment of occupational performance in contexts of Cognitive Rehabilitation, since there is little research related to the theme. It is intended to contribute to changes in performance components and environmental components, as well as to favor an intervention that respects the subject, its choices and that aligns with its autonomy.

**DESCRIPTORS:** Health Care Process Assessment; Task Performance and Analysis; Neuropsychological tests; Cognitive Disorders; Occupational therapy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	11
2.1 Reabilitação Cognitiva.....	11
2.2 Avaliação em Reabilitação Cognitiva .....	12
2.3 Intervenção em Reabilitação Cognitiva .....	13
2.4 Terapia Ocupacional em Reabilitação Cognitiva.....	14
2.5 Avaliação do Desempenho Ocupacional.....	16
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	19
<b>4 RESULTADO</b> .....	20
<b>5 HIPÓTESE DE UMA APLICAÇÃO</b> .....	21
<b>6 DESENVOLVIMENTO</b> .....	21
6.1 Adaptações para categorias e domínios do desempenho ocupacional.....	21
6.2 Adaptações para componentes do desempenho ocupacional .....	23
6.3 Adaptações para identificar problemas no desempenho ocupacional.....	25
6.4 Adaptações para autoavaliação ocupacional .....	26
6.5 Adaptações para avaliar o desempenho ocupacional .....	28
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	30



## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é o relato de experiência da prática de estágio na Clínica-Escola do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), na área de Reabilitação Cognitiva, da graduação de Terapia Ocupacional, sobre o desenvolvimento de uma adaptação visual da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM). Os encontros aconteceram sob a orientação do professor terapeuta ocupacional, preceptor daquele estágio. O período de duração se deu no segundo semestre de 2019, o público atendido era adulto e idoso com lesão encefálica adquirida (deficiências cognitivas) e/ou com suspeita de declínio cognitivo-funcional mais compatível com demências. Ao decorrer das atividades de estágio, foi solicitada a elaboração de um recurso terapêutico ocupacional para intervenção cognitiva, podendo ser para fins avaliativos e/ou de estimulação nos atendimentos individuais.

O produto foi elaborado em conjunto com o preceptor ao decorrer da aprendizagem e não foi possível uma aplicação direta do instrumento avaliativo original: COPM, a qual é uma entrevista semiestruturada que mede o grau de dificuldade em realizar determinada atividade e o seu significado para o paciente em um específico contexto de adoecimento (DEDDING *et al.*, 2004; EYSSEN *et al.*, 2006).

O objetivo das práticas de estágio esteve centrado em observar as demandas do público-alvo e buscar soluções efetivas no contexto da Reabilitação Cognitiva a partir de uma perspectiva dos conhecimentos em Terapia Ocupacional quanto à necessidade de avaliar ao desempenho ocupacional de acordo com o Modelo Ocupacional-Funcional. Para isso, foi necessário realizar um estudo aprofundado sobre as medidas de avaliações de referências na área e uma busca de artigos manual de acordo com os marcos teóricos para o suporte da criação do dispositivo, uma vez que servirá como uma adaptação avaliativa do desempenho ocupacional para uso clínico.

Desse modo, ocorreu uma pesquisa quanto aos modelos de avaliação de atividades instrumentais e de vida diária como base de estrutura na adaptação da COPM para pacientes com deficiências cognitivas, uma vez que não é indicada como instrumento avaliativo em Reabilitação Cognitiva, pois a presença de declínio cognitivo é entendida como uma restrição na tomada de decisões (CLEWES,

2003; PAN; CHUNG; HSIN-HWEI, 2003; CARSWELL, 2004; PARKER; SYKES, 2006; CHATFIELD; BECKETT, 2007).

Em seu manual ressalta a necessidade de, em alguns casos, como é o caso da clientela com transtornos psiquiátricos e declínios cognitivos, adaptações e reestruturações ao pensar na análise do seu protocolo que busca a prática centrada no cliente, de forma a incluir a opinião do sujeito sobre seu próprio desempenho em atividades para orientar seu tratamento com base em prioridades, construção de objetivos e metas significativas individualmente (CALDAS *et al.*, 2011; DEDDING *et al.*, 2004; PAN; CHUNG; HSIN-HWEI, 2003; SCHINDLER, 2010).

Conforme o raciocínio desenvolvido durante o percurso do estágio no desenvolvimento do produto, a principal finalidade de adaptação do instrumento avaliativo se dá a partir da necessidade de avaliar o desempenho ocupacional em pacientes com deficiências cognitivas. Segundo Pan *et al.* (2003), os terapeutas ocupacionais analisam uma dificuldade de classificar alguns problemas dados pelo cliente nas atividades avaliadas pela medida, uma vez que podem não achar problemas quanto à dificuldade de julgamento, numeração e pontuação relacionados com suas necessidades. Além disso, por terem dificuldade de interpretar conceitos de autoavaliação.

Diante das práticas, assim como foi igualmente abordado nos estudos consultados, observei a dificuldade para verificar e pontuar mudanças no desempenho ocupacional dos pacientes, uma vez que o cliente tem prejuízos na identificação de problemas, o que dificultar a aplicação do instrumento. Sendo assim, o planejamento do recurso surge a partir da investigação de adaptações visuais facilitadoras ao processo de avaliação das mudanças do desempenho ocupacional pela COPM, na busca de descrever as etapas do desenvolvimento da adaptação dentro do contexto avaliativo do desempenho ocupacional e apresentar o recurso adaptado conforme obtido pela experiência de estágio em Reabilitação Cognitiva.

Para o melhor entendimento ao assunto, em primeiro momento, será mencionada a definição de Reabilitação Cognitiva, pois é preciso o esclarecimento da temática a partir de referências no estudo que nos norteiam para compreender a cognição. Haverá a citação dos elementos cognitivos, os efeitos do declínio cognitivo, o seu desenvolvimento e como afetam o indivíduo e, conseqüentemente, o seu cotidiano.

Posteriormente, será apresentado o conceito de cognição, como se organiza o cérebro e como a quais capacidades humanas isso envolve. Será relatado também quanto aos mecanismos de reorganização cerebral após alterações nas funções cognitivas. O último tópico referente ao parágrafo menciona o objetivo da avaliação no amparo aos riscos e potenciais estímulos detectados para efetivar um amplo repertório de funções apesar das perdas cognitivas.

Adiante, pontua-se brevemente as estruturas de intervenções utilizadas em Reabilitação Cognitiva a partir das abordagens e modo de tratamento, bem como os objetivos durante o processo, os elementos observados na evolução e como são analisados os resultados. Após os apontamentos, é referenciada a intervenção da Terapia Ocupacional em casos de Reabilitação Cognitiva, de modo a explicar como os seus fundamentos podem oportunizar a ocupação e propor mudanças nos componentes de desempenho e nos ambientes. Por fim, faz-se uma elucidação de como é avaliado o desempenho ocupacional através dos componentes e finalidade da COPM.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Reabilitação Cognitiva**

A Reabilitação Cognitiva é definida um estudo direcionado aos efeitos de declínios cognitivos e como afetam conjunto de capacidades emocionais, comportamentais e da cognição que possibilitam que indivíduos alcancem ou mantenham sua interação com o meio em que vivem (PONTES; HUBNER, 2008; TSAOUSIDES; GORDON, 2009; WILSON *et al.*, 2008; CICERONE, 2002; OMS, 2014).

De acordo com Roda (2003), seu desenvolvimento ocorre em três processos distintos: restauração – intervenção das funções cognitivas alteradas; compensação – avanço das capacidades para compensar as funções alteradas e substituição – manejo de novas estratégias ao realizar as atividades de modo a diminuir ao máximo as disfunções cognitivas. Objetiva capacitar pacientes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir e superar alterações da cognição, emocionais e sociais de modo a influenciar na qualidade de vida do sujeito (NOMURA *et al.* 2000). Desta forma, percebe-se que é uma abordagem complexa que envolve elementos, tais como da

cognição, emocionais, comportamentais e até aos relacionados à motricidade (WILSON, 1997).

Conforme aos amplos aspectos que envolve, o recurso pode ser um auxiliador no atendimento ao cliente pois abrange diferentes ações do cotidiano e no modo como o paciente progride durante as sessões. Estimula que a paciente analise o seu cotidiano criando uma autoconsciência de si e o observa como um ser ocupacional com necessidades, interesses e metas. Verifica também a interferência de comprometimento cognitivos para favorecer a metacognição, ou seja, a aprendizagem como as funções de julgamento, a resolução de problemas e autocorreção.

## **2.2 Avaliação em Reabilitação Cognitiva**

A cognição é entendida como um sistema complexo e integrado constituído por conhecimentos e implica em inúmeros os processos de transformação, armazenamento, associação e recuperação de informações, os quais operam na construção da linguagem e influência na organização do pensamento, criatividade e resolução de problemas (RELVAS, 2012; DAMÁSIO, 2000). O estímulo das funções cognitivas é requerido para favorecer o processo do desenvolvimento humano, em todas as fases da vida e experiências associadas.

Segundo Lent (2015) e Relvas (2012) tais funções correspondem à capacidade humana de modelar e estruturar uma reação ao ambiente ao seu redor como, por exemplo, através da atenção, memória, processamento das informações e pelo uso da linguagem. Além disso, também são capazes de modificar determinadas respostas ao estímulo externo, ou seja, por meio da interação social. A reorganização do cérebro acontece mediante ao processo de aprendizagem, o que é conhecido como neuroplasticidade.

Pontes e Hubner (2008) informam que é preciso identificar alarmes para o desenvolvimento de doenças neurais, conforme aos padrões de desempenho padrão, e minimizar os problemas do cotidiano. Para verificar alterações cognitivas é necessário mensurar os prejuízos cognitivos e as funções integradas de modo a estabelecer uma compensação. Além disso, a avaliação comportamental e a observação clínica são complementares no processo.

Ao analisar as adaptações nota-se que uma forma de verificar os alarmes neurológicos se dá a partir da interação direta do paciente ao terapeuta ocupacional

na manipulação do recurso para que possa coletar informações como, por exemplo, em uma conversa informal durante o atendimento de modo que faça o paciente efetivar as etapas de uma ação ou investigar de quais outras formas poderia realizar a mesma atividade. Pode também questionar se alguma vez já realizou uma das atividades, o que ele faz na sua rotina, quais os seus interesses, como poderia ser facilitada uma atividade, como é realizada ou questionar suas habilidades.

### **2.3 Intervenção em Reabilitação Cognitiva**

Segundo Sohlberg; Mateer (2009) e Sohlberg; Turkstra (2011) a intervenção em Reabilitação Cognitiva se constitui por abordagens diversas que atuam em conjunto, são denominadas “intervenções multicomponentes”. Sendo assim, utiliza-se recursos terapêuticos não farmacológicos, de modo a alinhar diversos modelos, teorias e estruturas conceituais de origem comportamental, social, educacional, psicológica e neuropsicológica combinados a uma abordagem holística, a qual compreende os elementos psicossociais do sujeito. O foco da intervenção indica as funções cognitivas afetadas e se concentra em oportunizar o desempenho das atividades inseridas em contextos reais de acordo com a realidade de cada paciente.

De acordo com Roja-Mota (2016; 2018), afirma que os modelos funcionais de Reabilitação Cognitiva focam em componentes de diferentes ambientes naturais com a finalidade de treinamento ao desempenho adequado de suas funções comportamentais e cognitivas. Bonikowsky *et al.* (2012), elucidam que a evolução é direcionada a tais elementos: pessoais, ambientais e a relação contínua entre pessoa e ambiente. Diante de Costa (2000), a abordagem funcional constrói o conhecimento a partir de etapas de modo contextualizado e construtivista.

Radomski e Davis (2013), complementam ao informar que diferentes tipos de técnicas são utilizados na intervenção cognitiva como, por exemplo, comportamental, terapia de reminiscência, técnicas de validação e orientação para a realidade. Soares e Caixeta (2012) acrescentam ainda o treino cognitivo como uma das principais técnicas. As principais áreas a serem analisadas são funcionamento cognitivo, emoção, interação social, comportamento e aprendizagem (WILSON, 2012). Os resultados são observados no regresso às atividades instrumentais e de vida diária, bem como na integração do sujeito com a sociedade (ABRISQUETA-GOMEZ, 2012).

Diante o Modelo de Ocupação Humana de Kielhofner (2004), entende-se que o ser humano como um complexo de interações com o meio ambiente de forma a se construir e complementar com base nessa relação. Diante desse modelo, realiza-se uma combinação de contextos naturais e artificiais por meio das características culturais, sociais e ocupacionais. Entende-se que os contextos físicos e sociais conversam entre si de modo a construir um comportamento ocupacional e nas relações do sujeito e, conseqüentemente, desempenho ocupacional.

Arelado a essa observação, verifica-se que é preciso realizar atividades estruturadas de modo a detectar a presença de dificuldade em casos de deficiência cognitiva. O uso de um recurso estimulador que explore questões do cotidiano se mostra um aliado para identificar e intervir na avaliação do desempenho ocupacional do paciente. O recurso apresentado pode favorecer no conhecimento, possibilitar a mudança de padrões e busca por estratégias para realizar atividades.

## **2.4 Terapia Ocupacional em Reabilitação Cognitiva**

De acordo com Romero (2007), os objetos de estudo das atividades cotidianas têm sido estudados desde as origens da Terapia Ocupacional. Moruno; Romero (2006), Neumann-Collyer *et al.* (2020) informam que no ano de 1950 se publicou a primeira escala de evolução de independência em atividades de vida diária, publicada por terapeutas ocupacionais. Burton *et al.* (2009) e Gold (2012), elucidam que as atividades são fundamentais para o ser humano. As atividades de vida diária possibilitam que o ser humano se estruture de modo a proporcionar autonomia e independência pessoal. A partir disso, a atividade se estrutura como o principal instrumento para o campo de estudo da Terapia Ocupacional.

Conforme a Associação Americana de Terapia Ocupacional - *American Occupational Therapy Association* - AOTA (2015), as atividades são classificadas da seguinte forma: Atividades básicas de vida diária (AVD) e Atividades Instrumentais de vida diária (AIVD). Segundo Christiansen e Hammecker (2001), entende-se como atividades fundamentais para a sobrevivência, elas permitem a manutenção da vida e do bem-estar. Enquanto, que se entende por AIVD sendo aquelas de apoio à vida diária dentro de casa e na comunidade, de modo a exigir tarefas mais complexas para executar determinada ação. De acordo com Moruno e Romero (2006), são

direcionadas para a interação com o meio ambiente de modo que influenciam em fatores culturais e sociais.

Kumar *et al.* (2014) e *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT, 2012) interpretam que a atuação da Terapia Ocupacional é fundamental no processo de adaptação a um outro modo de manuseio da autonomia e do cotidiano do indivíduo. A sua principal estrutura de conhecimentos está baseada em melhorar a habilidade dos pacientes no desempenho de atividades funcionais e no exercício de papéis ocupacionais, oportuniza a independência modificando a ocupação ou o ambiente de forma a agir na sua qualidade de vida. Promove intervenções direcionadas a identidade, autocuidado, produtividade e atividades de lazer.

Sendo assim, segundo Kumar *et al.* (2014) e Zimmerman (2012), afirmam que a integridade da relação entre a cognição, participação e desempenho ocupacional se torna essencial na realização do cotidiano de modo a possibilitar o processo de escolha, organização e desempenho de ocupações significativas e necessárias em variados contextos que envolvam o sujeito. Nesse sentido, a atuação da Terapia Ocupacional pode acontecer desde o momento da internação do indivíduo que sofreu algum tipo de lesão cerebral até a fase de reabilitação e a alta do paciente.

Roja-Mota (2016; 2008) entende que diversos modelos são planejados a partir de uma compreensão ocupacional. Segundo Katz e Baum (2012) há duas principais abordagens utilizadas pela Terapia Ocupacional em Reabilitação Cognitiva. A primeira seria a de "aprendizado de estratégias e consciência" – desenvolve estratégias e a tomada de consciência aos déficits cognitivos de modo a monitorar seu desempenho, bem como na interação dinâmica entre pessoa, atividade e contexto; Orientação Cognitiva para o Desempenho Ocupacional Diário (CO-OP) – desenvolve habilidades através do uso de estratégias, generalização e transferência de aprendizagem e no Modelo de Retreinamento para Clientes com Deficiências Neurológicas – estimula habilidades cognitivas que permanecem intactas ou são mais fortes do que outras para criar estratégias cognitivas alternativas.

Ainda de acordo com Katz e Baum (2012), uma das principais abordagens, se caracteriza pelo "treinamento de habilidades adaptativas e funcionais" analisadas na Abordagem Neurofuncional com o treino de cada atividade para a modificação das demandas e contextos das atividades de pessoas com prejuízos cognitivos graves. Ginarte-Arias (2000) e Santos (2008), também acrescentam que o Modelo das Deficiências Cognitivas para Reabilitação na Demência visa capacitar a

funcionalidade do indivíduo de modo a potencializar seu cotidiano e minimizar os riscos de disfuncionalidade orientando para áreas hierárquicas cognitivas e objetivos direcionados, considerando alterações físicas e cognitivas, o ambiente que estão inseridos, a subjetividade e sua história.

Desse modo, o questionamento ocupacional do paciente faz com que o terapeuta ocupacional consiga verificar as habilidades cognitivas preservadas do paciente de modo a utilizá-las como um potencial no funcionamento. O terapeuta ocupacional possibilitará possíveis mudanças no desempenho de modo a alinhar seu progresso às atividades que considera significativas, de modo a priorizar as escolhas do sujeito, sua tomada de decisão, suas necessidades e fazer o ajuste de contextos para que tenha acessibilidade, e assim a melhora de seu desempenho.

## **2.5 Avaliação do Desempenho Ocupacional**

Segundo a AOTA (2015) define-se desempenho ocupacional sendo o ato de realizar e completar uma ação selecionada, atividade ou ocupação, que resultam em processos dinâmicos entre cliente, contexto e atividade. Enquanto, Law *et al.* (2009) conceituam como a participação no contexto da vida diária. Esses conceitos dão esclarecimento para a compreensão da deficiência ou incapacidade. Segundo o Modelo Social de deficiência, a deficiência é tida como um efeito resultante de vários fatores multidimensionais que influenciam na capacidade do indivíduo, ainda, é entendida como uma construção social que faz parte da diversidade humana (PALACIOS, 2008).

Sendo assim, tal pensamento estimula a pensar em inclusão e acessibilidade de modo a possibilitar oportunidades para as pessoas com deficiências em todas as áreas da vida. Atrelado a isso, a Classificação Internacional de Funcionalidade de Deficiência e Saúde - CIF estabelece um modelo biopsicossocial da deficiência de modo a analisar determinada característica de um grupo social como uma experiência universal e dinâmica na qual envolve tantos fatores de saúde e contextos externos (OMS, 2001).

À vista disso, a deficiência passou a não ser mais considerada apenas em seu aspecto biológico - principalmente se relacionada aos aspectos estruturais e funcionais dos sistemas e órgãos do corpo. Outro termo decorrente de alterações em seu conceito é o de funcionalidade, pois, segundo ao modelo, a incapacidade é o



resultado da interação entre disfunções nas atividades de origem estrutural ou orgânica, por suas limitações e restrição da participação, fatores ambientais ou contextuais, fatores pessoais e condições de saúde de modo a viabilizar como esses elementos complementares interferem na relação de capacidade e limitações. Dessa forma, verificam a seguinte estrutura: “atividades”, “funções e estruturas do corpo”, “condições de saúde”, “fatores ambientais”, “fatores pessoais” e “participação” (OMS, 2001; OMS, 2003).

Desse modo, se descrevem as funções do corpo sendo analisadas pela fisiologia dos membros e sistemas tanto físico, quanto mental. As estruturas se referem às partes anatômicas. Enquanto, a atividade é a execução de uma tarefa ou ação podendo ser limitada, ou seja, tendo graus de dificuldade ao realizar. A participação é entendida como o envolvimento em determinada situação de vida, podendo ser restrita por algum problema e influenciar na interação do sujeito. Os fatores ambientais são os contextos de convivência e condução da vida. Por fim, os fatores pessoais que são a filosofia de vida e histórico de um indivíduo de modo a englobar as características do indivíduo que não são parte de uma condição de saúde ou de estados de saúde (OMS, 2003).

Souza *et al.* (2008), interpretam que a avaliação do desempenho de tais funções indica a presença de um funcionamento adaptativo e sua imperfeição gera as chamadas disfunções executivas. Ainda, Oliveira e Nascimento (2014), incluem que as disfunções nas funções executivas direcionam a prejuízos significativos na funcionalidade do sujeito de modo a alterar habilidades de planejamento, raciocínio, aprendizado, atenção e adquirir comportamentos social e moral inadequados.

Para Kluwe-Schavion, Viola e Grassi-Oliveira (2012) as funções executivas são caracterizadas como um conjunto de processos cognitivos que possibilitam o sujeito ações direcionadas a finalidades. Acrescentam Barros e Hazin (2013), que são tidas como funções responsáveis pela autorregulação ou autogerenciamento de modo a se relacionar com a atenção seletiva, controle inibitório, planejamento, organização, flexibilidade cognitiva, memória de trabalho e operacional.

De acordo com Van der Linden *et al.* (2000) as funções executivas também auxiliam na alteração de comportamentos. Hanks *et al.* (1999) e Bush *et al.* (2005) afirmam que impactos em tais habilidades atingem a vida cotidiana que direcionam a um prejuízo no comportamento e funcionalidade social. Consoante a isso, um projeto de ensaio de Togliola *et al.* (2010) analisou estratégias em todas as situações de modo

a estimular a autorregulação, consciência e desempenho. Os resultados do estudo permitiram analisar que a funcionalidade do desempenho e consciência são elementos significativos na recuperação cognitiva, apesar de necessitarem de mais estudos comprovando tal fato.

De modo complementar Nunes *et al.* (2013), relata a difícil mensuração dos domínios de funções executivas. Fontoura *et al.* (2011), ressaltam ainda que os testes são as formas mais precisas de avaliar e analisar os déficits cognitivos por lesões cerebrais ou disfunções cognitivas e que há uma carência de instrumentos neurológicos normatizados no Brasil. No entanto, recentemente, um dos principais instrumentos de avaliação para o desempenho ocupacional é a COPM, a qual o estudo do produto foi estruturado.

Conforme Carswell (2004) e McCOLL *et al.* (2005), a COPM foi publicada em 1991 por terapeutas ocupacionais e traduzida para 24 idiomas, inclusive em português, e de uso em mais de 34 países. A COPM é um recurso de uso frequente e efetiva com uma variedade de clientes, bem como mundialmente (CARSWELL, 2004; SYKES, 2006 EYSEN *et al.*, 2006; LEXELL *et al.*, 2006; CHATFIELD; BECKETT, 2007). De acordo com Carswell (2004) apesar de ter sido criada para o contexto canadense, tem sido usada internacionalmente.

Como menciona Pollock *et al.* (2003), Dedding *et al.* (2004) e Eysen *et al.* (2006) esta avaliação canadense é organizada a partir de uma entrevista de auto avaliação e pontuação que permite identificar alguns graus de dificuldade de determinada atividade, a partir de uma prática centrada no cliente. A finalidade da COPM analisa mudanças na percepção e julgamento de si quanto ao seu desempenho ocupacional e mudanças em sua satisfação com esse desempenho (CUP *et al.*, 2003; EYSEN *et al.*, 2006).

Desse modo, estabelece uma prática de adesão, motivação e participação do sujeito ao tratamento através da autoanálise e uma intervenção voltada para o sujeito na espiritualidade, cognitivo, físico e afetivo. Segundo o modelo, cada pessoa integra tais componentes para atingir 3 áreas de desempenho ocupacional: autocuidado, produtividade e lazer. Articula, também, a compreensão de que o desempenho de cada um está interligado às condições ambientais, sociais, econômicas, físicas e culturais da pessoa (CALDAS *et al.*, 2011, p. 239; DEDDING *et al.*, 2004; WRESSLE *et al.*, 2002; CUP *et al.*, 2003).

O paciente verifica as atividades cotidianas e outras de seu interesse, no entanto não tem conseguido ou não está satisfeito podendo se enquadrar em qualquer uma das áreas avaliadas: autocuidado, trabalho e lazer. O cliente então atribui a cada atividade uma importância variável de 1 (não é importante de nenhuma forma) a 10 (extremamente importante). A partir disso, o cliente escolhe no total de 5 atividades nas quais atribui maior importância, e dá a cada uma delas uma pontuação. Do mesmo modo, é avaliado dificuldades ocupacionais, grau de importância, problema ocupacional, necessidade, desempenho e satisfação (CARSWELI, 2004; CUP *et al.*, 2003).

Dedding *et al.*, (2004) comentam que o teste auxilia em prioridades, estratégias e mudanças. Sendo assim, a avaliação é um dos principais meios de verificar e realizar apontamentos em benefício do paciente. O uso de uma ferramenta que verifique os fatores do cliente e avalie elementos que influenciam esse aspecto em seu cotidiano como padrões, habilidades, demandas das atividades, contextos e ambientes se torna essencial no atendimento para o desenvolvimento funcional. Deste modo, o ambiente e as ocupações são estruturas da vida do cliente em quais existe constante interação dependendo do estado de saúde, participação, envolvimento e capacidades.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de uma adaptação de um instrumento padronizado de avaliação em Terapia Ocupacional para uso clínico nas intervenções em Reabilitação Cognitiva a partir da experiência em estágio curricular obrigatório na Clínica-Escola. Ao compor o produto, ocorreu a busca por um estímulo visual para facilitar as demais funções cognitivas requeridas para responder à avaliação COPM. Para isso, utilizou-se pistas visuais coloridas e numéricas, bem como a organização das categorias avaliadas em cartas e, assim, fazer o paciente conseguir desenvolver o mesmo raciocínio do instrumento.

Além disso, os componentes do desempenho ocupacional presentes em outros instrumentos foram utilizados para dar suporte à uma análise abrangente do paciente a partir de necessidades ocupacionais individuais, interesses, desempenho e metas. Observa-se que os materiais do recurso foram pensados para serem acessíveis e de baixo custo. Sendo assim, utilizou-se papel cartão para moldar as cartas, cartolina

preta para formar as margens ao redor das cartas com o intuito de dar contraste e papel A4 para a impressão de cada elemento de avaliação. As letras foram destacadas em negrito, fonte Arial e de tamanho grande para facilitar a visualização e leitura.

Ao realizar a pesquisa, foi necessário um aprofundamento ao assunto a partir de artigos para construir uma discussão acerca do processo de adaptação e dar suporte para minhas observações práticas, ocorreu uma busca aos descritores em inglês relacionados ao tema na plataforma *Medical Subject Headings* (MeSH). Foi realizada também uma consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), onde foram encontrados os seguintes descritores: Avaliação de Processos em Cuidados de saúde; Análise e Desempenho de Tarefas; Testes Neuropsicológicos; Transtornos Cognitivos; Terapia Ocupacional. Os artigos foram selecionados pelas seguintes bases de dados através da Biblioteca Nacional de Saúde (BVS): *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS). Para complementar a pesquisa, foi feita uma consulta na biblioteca *National Library of Medicine* (PubMed). O operador booleano "OR" foi utilizado para a combinação de todos os descritores mencionados anteriormente. Os filtros utilizados foram: Transtornos Cognitivos; Cognição; Disfunção Cognitiva; Testes Neuropsicológicos; Função Executiva; Terapia Ocupacional; Demência. A busca foi efetuada em inglês, português e espanhol.

#### **4 RESULTADO**

O recurso contém 137 cartas no total, 3 cartas das seguintes categorias de ocupações: autocuidado, produtividade e lazer, baseadas na COPM. Foi contabilizado um grupo de cartas do conteúdo atividade, tarefa, ocupação, rotina e desempenho e aquela relacionadas aos domínios avaliados: expectativa pessoal, dificuldades no desempenho ocupacional, satisfação pessoal, grau de importância, desempenho, habilidades e necessidades ocupacionais, conforme fundamentados a COPM. Há outras cartas de atividades específicas para cada atividade básica e instrumental de vida diária, fatores do cliente e padrões de desempenho, baseadas nos componentes do desempenho ocupacional. Foram feitas mais 2 cartas com "sim" e "não" e 10 cartas com numeração de 01 a 10 para o cliente realizar a autoanálise.

## **5 HIPÓTESE DE UMA APLICAÇÃO**

Para aplicar o recurso, o terapeuta ocupacional irá investigar o desempenho ocupacional que se refere às atividades de autocuidado, produtividade e lazer, de modo que o paciente selecione as ações que são mais difíceis de realizar. Em seguida, pedirá para que o paciente escolha as cartas selecionadas e, conforme o conteúdo, pedirá para que o paciente se autoavalie com as notas de 01 a 10 em relação a questões ou dificuldades, importância, problema, necessidade, desempenho e satisfação ocupacional. O terapeuta ocupacional poderá elaborar outras formas de complementar o estudo ocupacional de modo a realizar perguntas acessórias das quais podem ser abordadas de acordo com a investigação do caso como, por exemplo, questionar se alguma vez já realizou uma das atividades, o que ele faz na sua rotina, quais os seus interesses, como poderia ser facilitada uma atividade, como é realizada ou questionar suas habilidades.

A pontuação do produto se dá com a confirmação de 5 ações mais importantes e difíceis de serem realizadas pelo paciente. Serão selecionadas separadamente. Usando os cartões com as notas, o paciente irá classificar cada ação no que diz respeito ao desempenho e satisfação, depois haverá o um somatório total dos domínios de desempenho e satisfação e a divisão pelo número total de ações identificadas. O mesmo processo é repetido na reavaliação. Para analisar mudanças, é necessário subtrair a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

Os materiais do recurso foram pensados para serem acessíveis e de baixo custo. Por esse motivo, utilizei papel cartão para moldar as cartas, cartolina preta para formar margens ao redor das cartas, com o intuito de dar contraste, e papel A4 para a impressão de cada categoria avaliada. As letras foram marcadas em negrito, fonte Arial e de tamanho grande para facilitar a visualização e leitura.

## **6 DESENVOLVIMENTO**

### **6.1 Adaptações para categorias e domínios do desempenho ocupacional**

Foram feitas cartas com as seguintes categorias de ocupação, conforme a COPM: autocuidado, lazer, produtividade. Outras cartas foram feitas segundo as expectativas pessoais, dificuldades no desempenho ocupacional, satisfação pessoal, grau de importância, desempenho e necessidades ocupacionais. De acordo com a

AOTA (2015), os domínios são caracterizados pela interação constante entre as funções, habilidades, papéis, rotina, ambiente, ocupação e desenvolvimento do desempenho ocupacional que resultam em efetivação em participação na vida diária.

**Figura 1** – Categorias e Domínios do desempenho ocupacional



**Fonte:** Compilação da autora<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ilustrações das cartas com os seguintes domínios: autocuidado, lazer, produtividade, expectativas pessoais, dificuldade no desempenho ocupacional, satisfação pessoal, grau de importância e necessidades ocupacionais.

## 6.2 Adaptações para componentes do desempenho ocupacional

Foram feitas cartas com o intuito de avaliar o desempenho nos domínios de autocuidado, produtividade e lazer (LAW *et al.*, 2009). De acordo com a AOTA (2015), são vários os métodos para uma análise dos processos de desempenho sendo necessário uma coleta de informações do cliente através da observação, entrevista e revisão de dados de modo a verificar influências do contexto, ocupação, atividade e desempenho do paciente. Sendo assim, foi necessário o complemento de outras avaliações válidas utilizadas para obter mais conhecimento das atividades e capacidades cotidianas do paciente.

Uma das avaliações complementares foi a Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF). A SAOF é um instrumento de rastreamento da participação e desempenho em diferentes áreas do desempenho ocupacional. Permite identificar, a partir de um escore, informações sobre suas próprias potencialidades e limitações em valores, percepção de si mesmo, papéis, hábitos, habilidades e meio ambiente (TEDESCO, 2010). Os tópicos sobre interesses, importância, autoavaliação, hábitos, resolução de problemas, higiene pessoal, cuidados com ambiente doméstico e habilidades são apoiados nessa medida.

A Lista de Papéis Ocupacionais também foi incluída ao recurso em relação aos itens sobre serviço doméstico, cuidador, voluntário, estudos, educar, ser membro de família, religioso, passar tempo e participação em corporações. Se caracteriza por ser uma avaliação quanto aos papéis ocupacionais desempenhados ao longo do tempo e variam entre as categorias de modo que o cliente avalie a importância para cada papel (SANTI; MARIOTTI; CORDEIRO, 2012).

Ao analisar os quesitos viagens, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, tomar medicações e gerenciar finanças foram obtidas a partir da avaliação Lawton-Brody. Este instrumento avalia o grau de autonomia em relação às atividades instrumentais (AIVD), compõem as tarefas como fazer compras, usar telefone, preparar alimento, cuidar da casa, lavar roupas, uso de transportes, preparar medicação, administrar finanças. São atribuídas pontuações conforme a capacidade do sujeito ao realizar cada ação (ARAÚJO *et al.*, 2008; SEQUEIRA, 2007).

Ao verificar as temáticas sobre banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação foram baseados nas avaliações de Medida de Independência Funcional (MIF) e Katz modificado/qualitativo. É organizada em 18 categorias pontuadas de 1 a 7 e analisadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa. Os elementos analisados são divididos em seis dimensões: autocuidados, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência (RIBERTO *et al.*, 2001). Enquanto a segunda, verifica através de seis itens que medem o desempenho ocupacional do indivíduo nas atividades de autocuidado a partir de uma complexidade: alimentação, controle de esfíncter, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (KATZ, 1963).

Outros itens como manuseio de medicamento, compras, manter-se em dia com atualidades e passear foram embasados no Índice de Pfeffer. O instrumento contém tópicos relacionados a AIVD, funções cognitivas e sociais como realizar compras, preparar alimentação, manter-se atualizado, prestar atenção em programas de rádio, TV e de os discutir. Quanto menor a pontuação, maior a autonomia do sujeito (CASSIS *et al.*, 2007). Além desses, os itens relacionados a realizar compras, preparar refeições, medição, finanças, trabalho doméstico, viagens e fazer ligações forma baseadas na Escala de Atividades de Vida Diária Bayer. É estruturada para avaliação funcional de AIVD desenvolvida por Lawton e Brody (KANE, 1985).

Outros elementos acrescentados foram interligados as atividades laborativas, serviço doméstico, participação sociofamiliar, interesses pessoais, hábitos, rotinas, rituais, lazer, esporte e recreação os quais tiveram influência do Inventário do Histórico Ocupacional. Se caracteriza por ser uma entrevista semiestruturada com rotinas de vida diária, papéis ocupacionais, interesses, valores e metas, contextos, habilidades e responsabilidades (BENETTON; LANCMAN, 1998).

Por fim, teve como estrutura a AOTA para a elaboração de cartas com atividades classificadas como AVD, necessidades básicas, e AIVD como ao analisar os tópicos: sono, educar, trabalhar, lazer e participação social (AOTA, 2015). O somatório das avaliações resultou na junção de cada item de análise para investigar as ações do indivíduo de modo a buscar dados sobre seu histórico de atividades.



**Figura 2** – Alguns componentes do desempenho ocupacional

<b>BANHO</b>	<b>HIGIENE PESSOAL</b>	<b>VESTIR</b>
<b>COMER</b>	<b>ANDAR</b>	<b>FINANÇAS</b>

Fonte: Compilação da autora<sup>2</sup>

### **6.3 Adaptações para identificar problemas no desempenho ocupacional**

Foram feitas para analisar a existência de uma dificuldade ao realizar alguma ação através das cartas "sim" e "não". Além dessas, foram confeccionadas outras cartas em preto e branco para facilitar alguma avaliação quando o terapeuta estiver com paciente com baixa visão ou outras disfunções cognitivas em que não percebam as cores.

---

<sup>2</sup> Ilustração das seguintes atividades cotidianas avaliadas: banho, higiene pessoal, vestir, comer, andar e finanças.

**Figura 3 - Avaliação da existência de problemas**



Fonte: Compilação da autora<sup>3</sup>

#### **6.4 Adaptações para autoavaliação ocupacional**

Para a organização e facilitar o processo de avaliação das atividades, tarefas, ocupações, rotinas e desempenho, foram utilizadas cartas com números de 1 a 10. Essa forma de adaptação foi escolhida como modo de o paciente visualizar uma nota no seu repertório ocupacional. Fez-se a divisão de cores entre quentes e frias, na busca de estimular a associação das cores, notas e emoções representadas a partir de um conhecimento cultural com uma alternância do vermelho até a composição da cor verde, onde o vermelho representa uma desaprovação e o verde simboliza aprovação.

---

<sup>3</sup> Ilustrações das cartas com "sim" e "não" para verificar a existência de dificuldades ao desempenhar suas atividades

Figura 4 - Notas



Fonte: Compilação da autora<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Ilustrações com as cartas de número 1 a 10, conforme a escala original da própria COPM para avaliar o grau de importância, desempenho, satisfação, expectativas e necessidades ocupacionais.

## 6.5 Adaptações para avaliar o desempenho ocupacional

Ao analisar o desempenho, pensou-se em elaborar cartas para identificar dificuldades quanto às atividades, ocupações, tarefas e rotinas. Outras cartas foram feitas para quantificar a importância, desempenho, satisfação, expectativa e necessidade de atividades, ocupações, tarefas e rotinas.

**Figura 5** - Análise do desempenho ocupacional

IDENTIFIQUE ATIVIDADES QUE TENHA DIFICULDADE DE FAZER.	DÊ NOTA DE 01 A 10 PARA A IMPORTÂNCIA DESTAS ATIVIDADES IDENTIFICADAS.
IDENTIFIQUE OCUPAÇÕES QUE TENHA DIFICULDADE DE SE ENVOLVER.	DÊ NOTA DE 01 A 10 PARA O SEU DESEMPENHO AO REALIZAR AS ATIVIDADES IDENTIFICADAS.
IDENTIFIQUE TAREFAS QUE TENHA DIFICULDADE DE FAZER.	DÊ NOTA DE 01 A 10 PARA A SUA SATISFAÇÃO COM SEU PRÓPRIO DESEMPENHO.
IDENTIFIQUE ROTINAS QUE TENHA DIFICULDADE DE MANTER.	DÊ NOTA DE 01 A 10 PARA A SUA EXPECTATIVA AO REALIZAR AS ATIVIDADES IDENTIFICADAS.
	DÊ NOTA DE 01 A 10 PARA A NECESSIDADE DE REALIZAR AS ATIVIDADES IDENTIFICADAS.

Fonte: Compilação da autora<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Ilustrações das tarjetas individuais para identificar dificuldades e mensurar a importância, desempenho, satisfação, expectativa e necessidade de atividades, ocupações, tarefas e rotina.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de conclusão de curso abordou o desenvolvimento de um recurso adaptativo criado no decorrer de um estágio em Reabilitação Cognitiva na área da Terapia Ocupacional, em um contexto clínico, sendo acessível e de baixo custo. Durante a elaboração do recurso, a experiência pôde acrescentar muito em minha formação, uma vez que obtive a oportunidade de vivenciar uma metodologia ativa de aprendizagem, o que resultou na apropriação de investigações pessoais, somado a contextualizações teóricas. Dessa forma, a experiência facilitou desenvolver uma reflexão sobre o quanto as deficiências cognitivas afetam o cotidiano do paciente e como é possível mensurar as perdas funcionais e oportunizar a ocupação a partir de seus contextos, significados e necessidades.

Além disso, deu incentivo no aprofundamento dos estudos pois, ao analisar os dados coletados, houve a percepção de que não existe um alto quantitativo de pesquisas aprofundadas no uso de instrumentos para avaliações em Reabilitação Cognitiva. Ao verificar a medida apresentada, em específico, isso se torna mais difícil. Sendo assim, a criação de um recurso surgiu dessa necessidade observada pelos estudos, em um espaço não muito explorado. O estudo de outras avaliações contribuiu como base para que se pudesse idealizar um recurso com ampla investigação funcional.

Conforme os objetivos estabelecidos, o recurso propõe mudanças nos componentes do desempenho e em componentes ambientais/contextuais, bem como favorece o processo de escolha, organização e desempenho de ocupações significativas e necessárias em variados contextos que envolvam o sujeito. Observa-se que o recurso é recomendado aos pacientes sem indicativos de graves prejuízos nas funções cognitivas requisitadas pelo recurso de modo a conseguir realizar a avaliação, conseqüentemente, a restrição se dá para casos graves. Além disso, verifica-se também que a não aplicação prática do produto pode ser um fator de restrição. Em vista disso, é necessário o estímulo à pesquisa em torno do tema proposto para que outras adaptações venham a auxiliar na avaliação das perdas funcionais do paciente de modo a buscar o bem-estar, o respeito de suas tomadas de decisões e escolhas para que possamos planejar uma intervenção humanizada, satisfatória e que se alinhe a sua autonomia.

## REFERÊNCIAS

- ÁVILA-ÁLVAREZ, A. et al. **Marco de Trabajo para Terapia Ocupacional: Dominio y proceso**. Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2009.
- AYUSO, Dulce María Romero. *Actividades de la vida diaria*. **Anales de Psicología/Annals of Psychology**, v. 23, n. 2, p. 264-271, 2007.
- ABRISQUETA-GOMEZ, J. Reabilitação neuropsicológica: Abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- ABRISQUETA-GOMEZ, J. **Reabilitação neuropsicológica: Abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BARROS, Priscila Magalhães; HAZIN, Izabel. *Assessment of Executive Functions in Childhood: Review of Concepts and Tools*. **Psicologia em Pesquisa**, v. 7, n. 1, p. 13-22, 2013. doi: 10.5327/Z1982-1247201300010003
- BENETTON, M. J.; LANCMAN, S. Estudo de confiabilidade e validação da “Entrevista da história do desempenho ocupacional”. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 9, n. 3, p. 94-104. 1998.
- BONIKOWSKY, S. et al. *Independence: an analysis of a complex and core construct in occupational therapy*. **British Journal of Occupational Therapy**, n. 75, v. 4, p. 188-195, 2012.
- BONIKOWSKY, S. et al. *Independence: an analysis of a complex and core construct in occupational therapy*. **British Journal of Occupational Therapy**, n. 75, v. 4, p. 188-195, 2012.
- BURTON, Catherine L. et al. *Functional abilities in older adults with mild cognitive impairment*. **Gerontology**, v. 55, n. 5, p. 570-581, 2009.
- CARSWELL, Anne et al. *The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review*. **Canadian journal of occupational therapy**, v. 71, n. 4, p. 210-222, 2004.
- CASSIS, Stella Velasques Anderaos et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007.
- CICERONE, K. D. *Remediation of “working attention” in mild traumatic brain injury*. **Brain injury**, n. 16, v. 3, p.185-195, 2002.

CIENTÍFICA, 10., 2006, São José dos Campos. **Anais...** São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2006.

COSTA, R. M. E. M. **Ambientes Virtuais na Reabilitação Cognitiva de Pacientes Neurológicos e Psiquiátricos** 154 p. Tese (pós-graduação de Ciências em engenharia de sistemas e computação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

CHATFIELD, Jean; BECKETT, Dawn. *The Canadian Occupational Performance Measure: use in an independent living centre.* **International Journal of Therapy and Rehabilitation**, v. 14, n. 6, p. 280-283, 2007.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION et al. *The practice of occupational therapy in feeding, eating, and swallowing.* **American Journal of Occupational Therapy**, v. 71, p. 10.5014, 2017.

CUP, Edith HC et al. *Reliability and validity of the Canadian Occupational performance measure in stroke patients.* **Clinical rehabilitation**, v. 17, n. 4, p. 402-409, 2003.

CLEWEA, J. *Reviewing the use of the Canadian occupational performance measure within the Manchester Mental Health Partnership.* **Mental Health Occup. Ther.**, v. 8, n. 1, p. 29-30, 2003.

DAMÁSIO, António. **O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si.** Editora Companhia das Letras, 2015.

DEDDING, Christine et al. *Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement.* **Clinical rehabilitation**, v. 18, n. 6, p. 660-667, 2004.

DE TERAPIA OCUPACIONAL, Associação Americana et al. *Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo.* **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, p. 1-49, 2015.

EYSSEN, Isaline CJM et al. *The reproducibility of the Canadian occupational performance measure.* **Clinical rehabilitation**, v. 19, n. 8, p. 888-894, 2005.

FONTOURA, D. R. et al. *Adaptação do Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN para avaliar pacientes com afasia expressiva: NEUPSILIN-Af.* **Ciências & Cognição**, v. 16, n. 3, p. 78-94, 2011.

GINARTE-ARIAS, Y. *Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos.* **Revista de neurología**, v. 34, n. 9, p. 870-876, 2002.

GOLD, David A. *An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment.* **Journal of clinical and experimental neuropsychology**, v. 34, n. 1, p. 11-34, 2012.

HANKS, R. A. et al. *Measures of executive functioning as predictors of functional ability and social integration in a rehabilitation sample. Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 80, n. 9, p. 1030-1037, 1999.

KANE, R. A.; KANE, R. L. **Assessing the Elderly**. Lexington, MA. 1981.

KATZ, Sidney et al. *Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. Jama*, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KATZ, N.; BAUM, C. M. A importância da terapia ocupacional na reabilitação neuropsicológica. In: GOMEZ, J. A. **Reabilitação neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KIELHOFNER, Gary. **Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación**. Ed. Médica Panamericana, 2004.

SCHIAVON, Bruno; VIOLA, Thiago Wendt; GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo. Modelos teóricos sobre construto único ou múltiplos processos das funções executivas. **Neuropsicologia Latinoamericana**, v. 4, n. 2, 2012.

KUMAR, P. et al. *Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. International Archives of Medicine*, n. 7, v. 38, 2014.

LAW, M. et al.; CARDOSO, A.; MAGALHÃES, L. (org. e trad.). **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Belo Horizonte: Editora UFMA, 2009.

LENT, Roberto. Neuroplasticidade. In: LENT, Roberto (Org.). **Neurociência da mente e do comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 241-252, 2015.

MCCOLL, Mary Ann et al. *Targeted applications of the Canadian occupational performance measure. Canadian journal of occupational therapy*, v. 72, n. 5, p. 298-300, 2005.

MORUNO, P.; ROMERO, D. **Actividades de la vida diaria**. 1. ed., Barcelona, Elsevier Masson, p. 77-127, 2006.

NEUMANN-COLLYER, V. E.; HERNÁNDEZ-PÉREZ, K. A.; POHL-MONTT, P. G. *Diseño de un instrumento de evaluación de desempeño en actividades de la vida diaria. Revista de Salud Pública*, v. 20, p. 554-559, 2020.

NOMURA, S. et al. Reabilitação Neuropsicológica. In: Forlenza, O.V.; Caramelli, P (org.). **Neuropsiquiatria Geriátrica**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, p. 539-43, 2000.

NUNES, Daniela; MONTEIRO, Luís; LOPES, Emanuela. INECO frontal screening: um instrumento para avaliar as funções executivas na depressão. **Psicologia Clínica**, v. 26, n. 2, p. 177-196, 2014.



OLIVEIRA, A. P. A. NASCIMENTO, E. do. (2014). Construção de uma Escala para Avaliação do Planejamento Cognitivo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 2, p. 209-218, 2014. doi: 10.1590/1678-7153.2014272

CIF, OMS. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **São Paulo: EDUSP**, 2003.

PAN, A. W.; CHUNG, L.; HSIN-HWEI, G. *Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan.* **Occup. Ther. Int.**, v. 10, n. 4, p. 269-277, 2003.

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

PARKER, D. M.; SYKES, C. H. *A systematic review of the Canadian Occupational Performance Measure: a clinical practice perspective.* **British Journal of Occupational Therapy**, v. 69, n. 4, p. 150-160, 2006.

PONTES, L. M. M.; HUBNER, M. M. C. A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. **Rev. Psiq. Clín.**, n. 35, v. 1, p. 6-12, 2008.

POLLOCK, N.; MCCOLL, M. A.; CARSWELL, A. Medida de performance ocupacional canadense. **Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação.** São Paulo: Roca, p. 183-204, 2003.

RELVAS, Marta Pires. **Neurociência na prática pedagógica.** Rio de Janeiro: Wak Editora, 2012.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta. Fisiátrica**, v. 8, n.1, p. 45-52, 2001.

RODA, F. C. C. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos saudáveis. In: SANTOS, F. S.; SILVA, T. B. L. da; ALMEIDA, E. B. de. **Estimulação cognitiva para idosos: ênfase em memória.** Rio de Janeiro: Atheneu, p. 69-73, 2013.

ROJO-MOTA, G. *Terapia ocupacional en adicciones: de la teoría a la práctica.* **Revista chilena de Terapia Ocupacional.** v. 16, n.1, p. 159-171, 2016.

MOTA, G. Rojo. *Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones.* **Trastornos adictivos**, v. 10, n. 2, p. 88-97, 2008.

ROMERO, D. *Actividades de la vida diaria.* **Anales de psicología**, v. 23, n. 2, p. 264-271, 2007.

SANTI, A.; MARIOTTI, M. C.; CORDEIRO, J. R. Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em um centro de tratamento de Hemodiálise: contribuições para a intervenção de Terapia Ocupacional - estudo piloto. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 289-96, 2012.

SANTOS, A. C. T.; MOURA, S. M.; HAASE, V. G. Recomendações para reabilitação neuropsicológica aplicada à demência. **Mosaico: estudos em psicologia**. Belo Horizonte-MG, vol. II, n. 1, p. 17-33, 2008.

SOARES, Vera Lúcia Dias; SOARES, Cândida Dias; CAIXETA, Leonardo. Reabilitação neuropsicológica da memória. In: CAIXETA, L. et al. **Doença e Alzheimer**. Porto Alegre: Artmed, p. 453-465, 2012.

SOHLBERG, M. M.; MATEER, C. A. **Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrativa**. São Paulo: Santos, 2009.

SOHLBERG, M. M.; TURKSTRA, L. S. **Optimizing cognitive rehabilitation: Effective instructional methods**. New York: Guilford, 2011.

SOUZA, R. O. et al. Cognição e funções executivas. In: Lent, R. **Neurociência da mente e do comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 303-326, 2008.

TEDESCO, S. A. et al. **Tradução e validação para português brasileiro da escala de autoavaliação do funcionamento ocupacional**. O Mundo da Saúde: São Paulo, v.34, n. 2, p.230-237, 2010.

TOGLIA, Joan et al. *A multicontext approach to promoting transfer of strategy use and self regulation after brain injury: An exploratory study*. **Brain Injury**, v. 24, n. 4, p. 664-677, 2010.

TSAOUSIDES, T.; GORDON, W. A. *Cognitive rehabilitation following traumatic brain injury: assessment to treatment*. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, n. 76, v. 2, p. 173-181, 2009.

VAN DER LINDEN, Martial et al. *The relationships between episodic memory, working memory, and executive functions: The contribution of the prefrontal cortex*. **Psychologica Belgica**, v. 40, n. 4, p. 275-297, 2000.

WILSON, B. A. et al. Errorless learning in the rehabilitation of memory impaired people. **Neuropsychological Rehabilitation**. n. 4, v. 3, p. 307-326, 2008.

WILSON, B. A. Centro Oliver Zangwill de reabilitação neuropsicológica: história, filosofia e prática atual. In: GOMEZ, J. A. (Org.). **Reabilitação neuropsicológica: Abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, p. 307-318, 2012.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS – WFOT. **Definition of occupational therapy**. Western, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation, Rehabilitation Guidelines**, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/QeqiP8>. Acesso em: 28 de outubro de 2020.

WILSON, B. A. *Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be*. **Journal of the International Neuropsychological Society**, n. 3, v. 5, p. 487-96, 1997.

WRESSLE, Ewa et al. *Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. **Journal of rehabilitation medicine***, v. 34, n. 1, p. 5-11, 2002.

ZIMMERMANN, A. B. **Autopercepção do desempenho ocupacional de usuários adultos e idosos de um centro de reabilitação do estado do Paraná.** Dissertação (mestrado em ciências médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2012.